S'attacher au trépassé ?

Concepts universels d'attachement et de séparation dans le processus de deuil

Isabelle AURAY(1), Etienne YUMA(2)

(1) Psychologue de la Santé, Dre en Psychologie, Département de Psychologie, Université de Fribourg (Suisse), Activité indépendante (France)
(2) Psychologue, Doctorant en Sciences des religions, Université de Montréal (Canada)

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.8956

Résumé : À travers deux études de cas, l'une en France et l'autre en République Démocratique du Congo, nous explorons le rôle intermédiaire des soignants dans la relation soignant-patient-proche. Des entretiens avec les soignants et les proches avant et après le décès montrent que les soignants jouent un rôle bénéfique dans le processus de séparation. Les soignants peuvent répondre aux besoins des patients et servir de figures de référence. La dynamique d'équipe permet à plusieurs soignants de devenir des figures d'attachement, répartissant la charge émotionnelle. Un espace transitionnel créatif se développe entre le patient et le soignant référent, où le patient voit le soignant comme un « objet d'amour ». Dans cet espace, le proche est intégré, formant une triade où le soignant enseigne des soins au proche, facilitant ainsi le retrait du soignant et permettant au patient et au proche de créer un lien. Notre analyse comparée montre que le rôle des soignants reste médiateur et facilitateur, indépendamment du contexte géographique. Cette relation aide le proche à engager un travail de deuil serein, grâce au lien intrapsychique formé servant de soutien au processus de deuil.

Mots-clés : Attachement ; Séparation ; Fin de vie ; Deuil ; Soignants ; Processus de deuil ; Relation soignant-patient.

« *L'attachement, un lien qui protège, un lien qui libère* »[1]

Introduction

Toute séparation nécessite un attachement. Comprendre la séparation requiert la compréhension de l'attachement. Celui-ci apporte un sentiment de sécurité qui prédispose l'individu à une séparation ultérieure et lui permet de pouvoir l'envisager malgré les conséquences (De M'Uzan, 1972). En effet, la séparation entraîne très souvent un sentiment de tristesse. Mais nous proposons que ce sentiment de tristesse, ressenti lors du processus de deuil, soit moins prononcé en fonction du lien d'attachement. Ce dernier pourrait donc libérer et permettre une séparation plus facile ou moins douloureuse, en fin de vie (Chopard-dit-Jean et *al.*, 2022).

Nous nous appuierons sur deux vignettes cliniques (France – République Démocratique du Congo) afin de présenter l'universalité de l'attachement et de la séparation dans le processus de deuil.

1 Le concept d'attachement

La théorie de l'attachement, concept clé dans le développement de l'individu, a indéniablement marqué la psychologie et la psychopathologie de la seconde moitié du XX^{e} siècle. Initialement développée par John Bowlby (1958-1963), d'autres chercheurs ont également enrichi cette théorie qui met en lumière l'importance des relations affectives précoces entre les enfants et leurs figures d'attachement, généralement les parents, pour leur développement émotionnel et social ultérieur.

L'attachement, en mettant l'accent sur la qualité des relations précoces entre l'enfant et ses figures d'attachement, nous permet de soulever des questions cruciales, non seulement pour la protection de l'enfance mais également tout au long de la vie de l'individu. Si les travaux de Bowlby ont été fondamentaux, d'autres auteurs comme Winnicott (1996), ont aussi beaucoup éclairés l'étude des relations humaines. Plus récemment, Cyrulnik (2009) a également, et à de nombreuses reprises, fait le lien avec la question de l'attachement dans ses travaux sur la résilience.

La théorie de l'attachement offre donc une perspective précieuse, non seulement pour la compréhension des dynamiques individuelles et familiales, mais aussi pour l'élaboration de stratégies de soutien au plus proche des individus.

La théorie de l'attachement est un domaine d'études qui trouve ses racines à la fois dans l'éthologie, la science du comportement animal et dans la psychanalyse. Comme vu en amont, elle cherche à comprendre le développement des liens émotionnels entre les individus, en particulier entre les nourrissons et leurs figures d'attachement, désignés principaux « caregivers ».

Selon cette théorie, les premières interactions entre le nourrisson et ses figures de référence façonnent ses schémas profonds, qui influencent ensuite son fonctionnement so-

[1] Exposition *À nos amours*, Exposition temporaire du 20 octobre 2023 au 25 août 2024, Musée des Confluences, Lyon.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

cial, émotionnel et comportemental tout au long de sa vie. Par exemple, un nourrisson qui bénéficie de soins attentifs et responsifs développera probablement un attachement sécurisé, ce qui favorisera un développement émotionnel et social serein. En revanche, un enfant qui fait l'expérience de négligence ou de maltraitance pourrait développer des schémas anxieux ou évitants, qui peuvent entraîner des difficultés relationnelles et émotionnelles à l'âge adulte. Il existerait donc différents types d'attachement.

De ses travaux, Bowlby (1958-1963) a mis en avant quatre types d'attachement : sécure, anxieux, déviants et désorganisés. L'attachement sécure permet à l'enfant de se sentir protégé, entendu, compris. Mais il lui permet aussi de se sentir rassuré, de ressentir l'amour de l'autre, de se sentir accompagné dans la découverte du monde. Il lui permet de ressentir le bien-être de la présence tranquille de l'autre, et enfin, de savoir que les conflits sont toujours suivis de réparation et d'apaisement. Lorsque les « caregivers » fournissent à un enfant une disponibilité aimante, une attention sensible à ses besoins et une réponse cohérente à ses signaux émotionnels, cela crée un environnement sécurisant dans lequel l'enfant peut se développer de manière optimale. Cette expérience nourrit la construction d'une représentation interne de soi-même, comme digne d'amour (Benjamin et Rivière, 1992) et de soutien, ainsi que du monde, comme un endroit sûr et prévisible. L'attachement anxieux provient d'une configuration dans laquelle l'estime de soi est affaiblie. Se crée alors une perception du monde qui exagère le négatif et diminue le positif. L'attachement anxieux mène très souvent à une forme de dépendance affective qui imagine sans cesse tous les pires scénarios qui pourraient advenir. L'attachement évitant est celui de l'enfant qui a appris à mettre à distance ses propres émotions, afin de ne pas souffrir d'un milieu dans lequel il n'avait pas la place nécessaire pour les ressentir avec ses proches. Avec des parents absents, incohérents ou instables dans leurs relations, l'enfant se détache, peu à peu, et intériorise qu'il serait préférable de se débrouiller seul. Son estime de lui-même, cachée par sa froideur apparente, n'est pas très élevée. L'attachement désorganisé oscille entre diverses émotions parfois anxieuses, parfois évitantes. Conséquemment, il peut arriver à l'enfant d'aller au-delà de ses ressources psychiques et émotionnelles qui seraient plus faibles que celles des autres, et alors vivre de graves crises qui peuvent se manifester sous diverses formes : dissociation, dépression, *etc.*

Nous avons dépeint, ici, les premières expériences relationnelles dans la construction du psychisme humain et l'importance que revêt la relation d'attachement.

2 Vers la relation d'attachement en fin de vie

Si le concept d'attachement est indispensable pour l'enfant dans le lien à sa figure de référence, nous observons que ce lien évolue tout au long de la vie de l'individu. En effet, l'individu va potentiellement consolider ses références au cours de ses multiples expériences de vie.

Dans une situation extrême, telle que la situation de fin de vie, nous pensons possible que l'individu ait besoin de retourner jusqu'à l'empreinte de la relation archaïque vécue, expérimentée. Ce processus rétroactif amène à penser une similitude relationnelle entre fin de vie et enfance. Il y aurait un besoin de retourner à l'empreinte : ce processus rétroactif, opérationnel raviverait les constructions de l'attachement et ce qu'il

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

aurait soutenu au cours de la trajectoire de vie du sujet. Par ce retour, se réactive la dyade principielle mère/enfant qui se projette sur la dyade patient/proche voire sur la triade soignant/patient/proche lorsque le patient est hospitalisé.

La fonction d'attachement est une fonction adaptative à la fois de protection et d'exploration. La mère ou son substitut « caregiver » constitue une base de sécurité pour l'enfant. L'attachement est un lien primordial tant le bébé est une personne, immature, vulnérable en développement. Un besoin, voire un sentiment de sécurité et de protection, semblent nécessaire pour se développer. Le bébé, dès la naissance, s'attache « instinctivement » à celui ou celle qui le « soigne » (Prior et Glaser, 2010). Après 7 mois, une relation franche et sélective à une personne privilégiée s'est établie : Bowlby parle du concept de « *monotropisme* » qui constitue cette préférence et plus encore une unicité de relation. D'autres auteurs comme Prior et Glaser (2010) proposent le fait que la figure d'attachement principale soit suppléée de figures secondaires.

Toutefois, il ne faut pas confondre les liens d'amour (Benjamin et Rivière, 1992) et d'affection, qui unissent une personne à une autre, au lien d'attachement, qui reste un concept plus large que Prior et Glaser posent comme équivalent du « lien au soignant » ou « caregiving bond », ou plus précisément du lien d'entraide définit par Bowlby dès 1988.

Considérant la figure privilégiée et principale d'attachement comme essentiellement référente dans ses travaux sur le travail du trépas, De M'Uzan (1972) pose, pour sa part, un surinvestissement des objets d'amour, quand les liens avec les autres sont en train de se défaire, de se délier : De M'Uzan parle d'un travail de déliaison, qui est une forme de détachement. Rapporté au soin, le « lien au soignant » ou « caregiving bond », Prior et Glaser se retrouvent dans la conceptualisation de De M'Uzan, qui expose l'idée que le malade en fin de vie s'aiderait potentiellement du psychisme de l'autre pour penser l'impensable, le détachement, la mort, le soignant ou l'accompagnant se mettant, à cet égard, au « service » du patient. Nous sommes là sur une question de relation extrême du patient au soignant, où l'accompagnant place l'attachement sécure au niveau le plus élevé, indispensable et nécessaire, pour pouvoir accepter de se détacher.

Le « caregiving » se situe dans les suites de ce que Winnicott a nommé le Care (1996). Bowlby définit le « caregiving » comme le versant parental de l'attachement. Il consiste en la capacité à donner des soins, à s'occuper d'un plus immature que soi au niveau physique ou affectif : se retrouve théorisée une relation avec une personne plus vulnérable, ou en situation de vulnérabilité, nécessitant sécurité et réconfort.

La relation d'attachement en fin de vie repose sur le fait que la relation soignant-soigné se déploie dans une dimension psychique. Cependant, la fin de vie revêt le caractère d'un contexte relationnel particulier où l'on dispense des soins de vie à un patient en fin de vie. Elle repose alors sur la capacité et les enjeux de l'introduction d'une personne proche dans cette relation soignant/soigné qui pourrait s'organiser jusqu'au mode fusionnel. Dans cette relation de proximité au soigné, l'intensification, la densification de la relation au soigné, à la personne malade, la mise en perspective de la fin de vie et la vision de la séparation ultime structurent les liens possibles.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

Si la relation triangulaire patient/soignant/proche configure les liens à construire entre soignant et soigné de manière suffisamment riche et élaborée, elle peut favoriser l'émergence d'un espace transitionnel (Winnicott, 1951) caractérisant le soutien de la proximité, avec une forme d'intégration psychique du proche. En effet, la relation intersubjective de départ, constituée du soignant et du patient, pourrait tout à fait fonctionner jusqu'à un mode fusionnel, sans aucune intégration de tiers. Cependant la potentielle richesse de l'élaboration psychique va permettre l'intégration d'un tiers, en l'occurrence le proche, ce qu'Auray-Godard (2018) a conceptualisé (Figures 1 et 2).

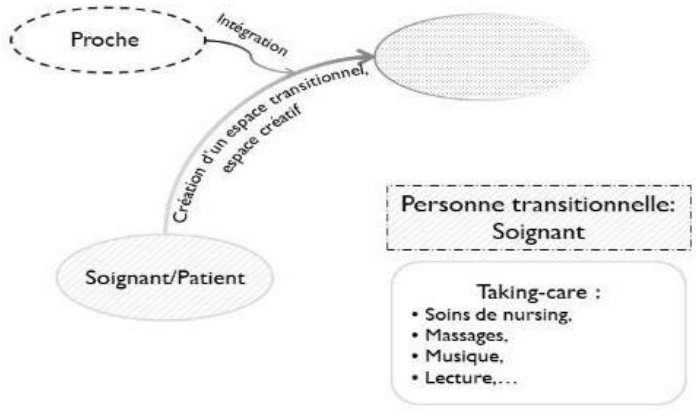


Fig. 1 : Évolution de la création d'un espace transitionnel dans l'accompagnement du patient en fin de vie facilitant le processus de deuil (extrait d'Auray-Godard, 2018)

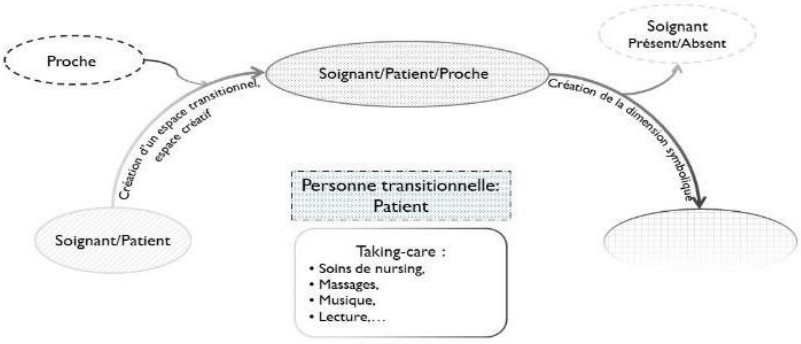


Fig. 2 : Évolution de la création d'un espace transitionnel dans l'accompagnement du patient en fin de vie facilitant le processus de deuil (Extrait d'Auray-Godard, 2018).

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines,
ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

Le soignant, en tant que personne transitionnelle, peut initier le proche à différents soins dès lors que chacun, *a priori*, est en accord. Pour se faire, il est nécessaire que la subjectivité « individuelle » se transforme *via* une subjectivité « groupale », pour qu'ainsi la transition, la transitionnalité s'effectue.

Or, on sait que l'intersubjectivité est un rapport établi entre deux inconscients. Le premier inconscient chercherait son désir et le chemin de son accomplissement dans l'inconscient de l'autre, pour que finalement, son désir s'intègre au désir de l'autre (Eiguer, 2008). Rapporté à la dyade soigné/soignant, le patient conditionnerait pour partie son désir au désir du soignant, où progressivement l'intersubjectivité œuvrerait pour étendre la place de chacun, le proche trouvant sa place dans l'espace transitionnel ainsi créé. On peut théoriquement parler d'un moment de la rencontre intersubjective où un investissement pulsionnel se crée.

Le nouvel espace transitionnel créé par la triade soignant/patient/proche lors de l'accompagnement de la personne en fin de vie engage théoriquement professionnel et proche à reconnaitre les actes, les sentiments, les intentions, l'existence et l'indépendance du patient (Benjamin, 1992). La dyade et/ou la triade se retrouvent à donner une existence renouvelée à la personne en fin de vie, et ce, bien au-delà du décès tel qu'Auray-Godard (2018) l'a conceptualisé et schématisé dans le processus et la phase de deuil (Figures 3 et 4).

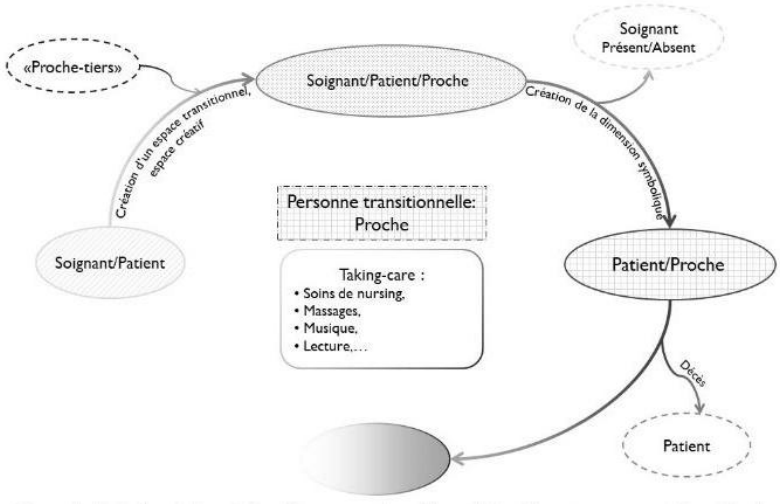


Fig. 3 : Évolution de la création d'un espace transitionnel dans l'accompagnement du patient en fin de vie facilitant le processus de deuil. (Extrait d'Auray-Godard, 2018)

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

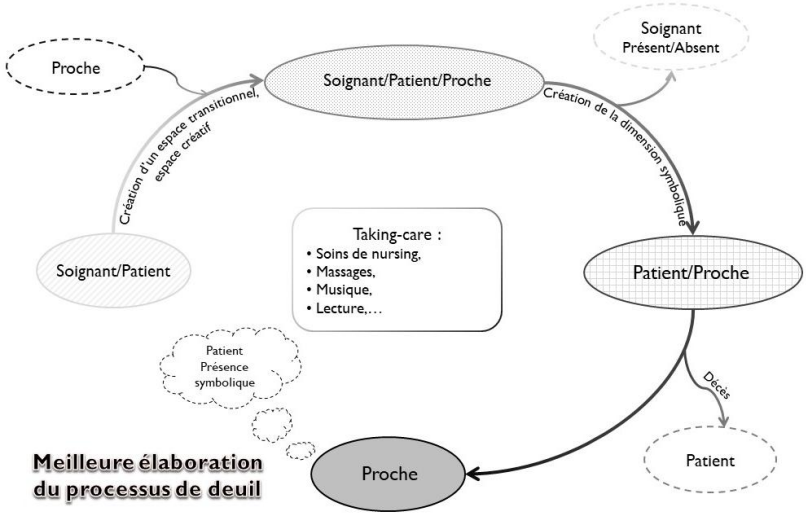


Fig. 4 : Évolution de la création d'un espace transitionnel dans l'accompagnement du patient en fin de vie facilitant le processus de deuil. (Auray-Godard, 2018)

3 Séparation-individuation infantile

La séparation peut être comprise comme « l'action de se quitter en prenant congé » (dictionnaire Larousse). C'est aussi l'action ou le fait « d'être éloigné de quelqu'un pour un temps plus ou moins long » (Id). Généralement, la séparation est manifeste dans plusieurs domaines de la vie, comme par exemple dans la situation de divorce où le couple décide de se séparer ; elle peut aussi s'observer dans le contexte où une personne décide de quitter son pays d'origine pour aller s'installer dans un pays d'accueil. On parlera alors de la séparation non seulement avec sa famille, son clan, mais aussi avec sa terre natale. Elle peut également être évoquée dans une situation de perte d'un objet d'attachement comme un objet précieux, ou encore le décès d'un être cher, *etc.* Au regard de toutes ces illustrations, il est clair de constater que la séparation créée par une rupture de contact avec ceux qui nous sont chers ou quelque chose de cher serait à la base du déclenchement non seulement de l'angoisse, du chagrin, mais aussi de la souffrance liée à cette perte.

Comme action rapportée à un contexte donné, la séparation peut revêtir une connotation positive ou négative. Elle peut générer plusieurs types de sentiments et émotions négatives comme la tristesse, la colère, le désespoir qui peuvent se traduire pour les uns par un simple moment de silence et pour les autres, par de l'agitation ou des pleurs. Elle se vit de manière différente selon qu'on est enfant ou adulte. Indifféremment chez ces deux derniers, le constat est fait d'une sorte de symbolisation de la séparation comme de la souffrance engendrée, manifestée sous plusieurs formes : colère, peur, évitement, *etc.* Toutefois, l'intensité peut varier d'un individu à un autre et ce, aussi en fonction de l'âge.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines,
ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

Selon Rank (1924), dès la naissance, l'enfant vit de multiples séparations, ces dernières le prédisposant à une expérience de la séparation avec sa mère en étant plus serein le moment venu. Toutefois, soumis à l'épreuve d'une expérience traumatique, liée à ladite séparation, il va devoir se construire progressivement, en développant sa capacité à perdre, dénotée en psychanalyse sous le concept de castration symbolique. Celle-ci correspond à désirer implicitement son autonomie, ce qui revient à dire que toute séparation présuppose un attachement préalable (*cf.* § 2, plus haut).

De leur côté, Mahler et Dupont (2013), cherchant à comprendre ce phénomène à travers une étude clinique réalisée sur deux enfants, appréhendent le déroulement intrapsychique de la fusion et du détachement de la dyade mère-enfant en deux stades : le stade « symbiotique » et celui de la « séparation individuation ».

Le stade « symbiotique » s'étend sur les six premiers mois de la vie du nourrisson, période durant laquelle la mère sert de confort incontournable pour l'environnement tant physique que psychologique, garant du bon développement du bébé. Ensuite, au fur et à mesure, les expériences agréables vécues au sein de cette dyade renforceraient le lien d'attachement fusionnel mère-enfant, préparant le second stade.

Quant au stade « séparation-individuation », les auteurs affirment que les différentes réponses de la mère aux sollicitations de son bébé contribuent petit à petit à la transformation de la conduite du bébé, grâce à une prédisposition génétique humaine, renforcée par le rapport transactionnel mère-enfant. Ce dernier présagerait certains traits de personnalité tributaires du processus d'individuation humaine. Dans ce contexte, l'apport fusionnel mère-enfant serait permuté pour un potentiel renforcement des capacités influençant la structure d'autonomie de l'enfant, à savoir, l'appréhension, le déplacement et l'initiation de celui-ci à vouloir fonctionner seul sans le soutien de sa mère. Cette période d'apprentissage met le petit enfant face à la confrontation à l'angoisse de séparation avec son objet d'attachement, le plongeant ainsi dans un processus de séparation intrapsychique, qui accorde plus tard sa place à la séparation physique. Selon les auteurs, l'idée de la séparation et l'accès à l'autonomie est déjà perceptible quand l'enfant commence à s'appuyer sur des objets l'environnant afin de se tenir débout, ou à marcher car c'est à travers ces mouvements que l'enfant se rassure quant à sa propre sécurité motrice. C'est vers la deuxième année de vie que le processus de « séparation-individuation » s'accélère décisivement grâce au progrès démultiplié du développement : moteur, cognitif, sensoriel, social, langagier. En définitive, pour les auteurs, la deuxième année de vie chez l'enfant marque la prise de conscience de l'effectivité de la distanciation (séparation) avec sa mère. La période de séparation et l'individuation sont intrinsèquement liées.

Dans le même élan, Winnicott (1996) précise sa conception d'une « mère suffisamment bonne ». Pour lui, c'est celle qui répond aux besoins de l'enfant de manière suffisamment bonne en apprenant progressivement à ce dernier la séparation à travers son attitude, et à répondre ou non à ses besoins par la présence ou l'absence. Selon cet auteur, l'enfant deviendrait progressivement autonome grâce à un environnement sécurisant et attentionné, symbolisé par le confort maternel offert à l'enfant : seraient renforcés le monde intérieur de l'enfant ainsi que sa confiance en lui comme gages lui offrant la possibilité de tenter par essai et erreur d'affronter son environnement

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

malgré la présence de sa mère. En attirant l'attention sur la relation mère-enfant, l'auteur insiste sur le fait qu'au cas où cette épreuve serait inexistante ou insignifiante, l'enfant ne parviendrait pas à accroitre sa capacité à vivre seul, voire à accéder à son autonomie. La relation maternelle devient la condition pour que l'enfant interagisse correctement avec son milieu et soit à même d'identifier le bien-fondé de cet environnement où il est appelé à évoluer.

4 Le processus de deuil

Maints auteurs ont conceptualisé le processus de deuil en se focalisant sur leurs expériences cliniques ou sur les recherches empiriques réalisées avec leurs patients. Cela étant, nous nous référons en premier lieu à Freud (1917), qui affirme que le deuil « *[c']est la réaction face à la perte d'un être aimé […] il sera surmonté après un certain laps de temps, et nous considérons peu convenable, voire malsain, de le perturber* ». De leur côté, Monbourquette et D'Aspremont (2011) estiment que le deuil est une réponse normale à une situation douloureuse déclenchée par la privation d'un être apprécié ou d'un objet d'attachement. Pour sa part, Fauré (2018) indique que le deuil serait *« une situation déclenchant un traumatisme dont les répercussions physiques, psychologiques, relationnelles, sociales et spirituelles se font sentir tout au long de la vie »*.

Selon ce cadre, de manière générale, le deuil est un phénomène normal et universel lié à la perte d'une personne aimée ou d'un objet apprécié. Cependant, la relation singulière au défunt fera que chaque deuil est unique et particulier par la manière dont chaque endeuillé procède ou évolue dans son deuil. Pour les uns, l'évolution peut se faire de manière progressive et linéaire, et pour les autres, de manière oscillatoire, ou elle peut encore ne pas se faire, stagner ou se figer. C'est la raison pour laquelle nous préférons parler de mouvements, tels que Fauré (2018) les conceptualise dans le processus de deuil, en lieu et place des notions d'étapes ou de phases de deuil. Quatre mouvements peuvent être recensés.

4.1 Premier mouvement : le choc

L'annonce du décès d'un être cher provoquerait l'ébranlement profond de toute la personnalité de l'endeuillé. Cela peut aller d'une simple stupéfaction au refus total de croire et d'accepter la situation tel que l'endeuillé présenterait des sentiments de déception et d'impuissance générés par celle-ci.

4.2 Deuxième mouvement : la fuite et la recherche

Un deuxième mouvement peut être remarqué après les obsèques, lorsque l'endeuillé commence à se confronter au vide occasionné par la disparition du défunt. Pour faire face à la vacuité et éviter les idées liées au défunt, la personne endeuillée peut s'adonner à des activités qui l'aident à se distraire, ou à passer une partie importante de son temps à s'immerger dans le travail, à l'abri des souvenirs qui peuvent faire souffrir. Dans ce même contexte, on peut remarquer que l'endeuillé a tendance à se remémorer le défunt partout, ce qui constitue en soi un point de recherche voulant conserver le lien avec la personne disparue.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines,
ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

4.3 Troisième mouvement : le mouvement dépressif

C'est une forme qui est centrale dans le deuil qui ressemblerait à une dépression. Après un long moment de confrontation avec le vide et ses souffrances intenses, l'endeuillé se retrouve une fois de plus seul face à un certain nombre de questions liées à la perte ; c'est la période durant laquelle l'endeuillé est confronté aux confins de sa réflexion, aboutissant à une nette prise de conscience de la disparition de l'être cher (voir Cotte Raffour et *al.*, dans cet ouvrage). C'est la phase au cours de laquelle le questionnement quotidien forme un cercle vicieux autour de la perte. Ceci peut amener à explorer inaliénablement son impuissance face à la disparition et peut engager un sentiment de culpabilité développée régulièrement pendant le deuil. Or, c'est fort de la confrontation au caractère interminable de cette vacuité, qu'intériorisant la perte, l'endeuillé peut sortir, se révéler pour faire face à la situation.

4.4 Quatrième mouvement : la restructuration

Le décours, parfois comme long, d'agitation, de peine et de désespoir où l'endeuillé se trouve pris en étau par l'embarras, sans ressource ni espoir de revoir la personne disparue, se trouve supplanté par la nécessité de (re)prendre le contrôle de sa vie : cette période est appelée la reconstruction. C'est une phase durant laquelle la personne endeuillée réalise, renoue avec la réalité de la vie quotidienne, celle des autres, vivants, en mouvement. Ce *tempo* constitue un évènement précieux pour l'endeuillé ; c'est le moment clef de reconfigurer ses liens avec les autres, de redéfinir sa vie personnelle, non seulement envers son entourage, mais également avec la personne disparue. Le sujet va tenter de tisser de nouveaux liens en cherchant ceux qui peuvent l'aider, à combler le vide, à conjuguer les efforts afin de surpasser la souffrance, pour préparer un futur plus radieux.

5 Vignettes cliniques

Sur la base de ces deux théories (attachement et séparation), et de ces quatre mouvements du deuil, nous nous proposons de présenter et analyser de manière comparative deux cas cliniques suivis en République Démocratique du Congo (Kinshasa) et en France. Les vignettes sont composées d'une description du contexte clinique établie à l'aide de renseignements issus des soignants et de propos enregistrés, rapportés, issus d'échanges avec les psychologues de l'équipe soignante prenant en charge chacune des patientes.

5.1 Première vignette : Gabrielle[2]

Gabrielle est rencontrée en entretien environ cinq mois après le décès de Jean-Claude, son époux. Jean-Claude est décédé à 76 ans des suites d'une tumeur du côlon avec des métastases au foie et aux poumons. Gabrielle décrit l'accompagnement auprès de son époux comme une aide pour lui et pour elle. L'aide importante a aussi été le soutien d'une infirmière qui a pu expliquer les choses à Gabrielle ainsi qu'aux enfants du couple : « *L'infirmière nous a expliqué beaucoup de choses qui m'ont permis de*

[2]Les prénoms des vignettes ont été changés pour préserver l'anonymat

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

cheminer petit à petit ». Lorsque nous évoquons les soins proposés à son époux, elle répond :

> *« c'est moi qui lui donnais à manger et qui lui faisais les soins de bouche en accord avec les infirmières et les aides-soignantes. Le service a une activité très dense donc nous pensions que cela pouvait soulager le personnel et c'est aussi une façon de communiquer avec eux, de partager les soins. La toilette, non, car il faut être vraiment expert mais lui donner à manger, lui laver la bouche, lui donner à boire…, oui ».*

L'échange suivant s'en suit. La psychologue : *« lorsque vous dites, le partage des soins c'est une façon de communiquer. Oui, mais avec qui ? ». Gabrielle : « avec le personnel ». La psychologue : « est-ce que cela peut aussi être une façon de communiquer avec le patient ? ». Gabrielle : « oui. Je trouve que c'est bien le partage. Ça m'a aidée dans l'accompagnement ».* Dans les suites de l'entretien, lorsque la psychologue lui demande si sa présence, son implication l'aident dans le processus de deuil, Gabrielle répond instantanément :

> *« Oui, je pense. Je n'étais pas seule* (accompagnée de proches). *Il est mort dans la douceur. Nous étions préparés. Tout ce que l'on a vécu avant pendant presque un mois, ça a fait que c'était beaucoup plus facile. Je pense aussi que dans notre société, on est très loin de la mort. Et plus on est loin, plus c'est difficile de la vivre quand elle arrive… »*

Cette vignette montre, selon nous, combien l'implication des proches, lorsqu'elle est possible, est aidante pour leur processus de deuil. Nous retrouvons les bénéfices qui peuvent découler de cette implication comme, entre autres, la prise de conscience de l'altération de l'état de santé du proche malade, un sentiment d'utilité, le fait que l'accompagnement donne la possibilité de respecter des souhaits du patient et que c'est également le synonyme « *d'un projet de vie* », comme Gabrielle a pu le verbaliser à la psychologue.

Le proche s'autorise peu à peu à intégrer la dyade soigné-soignant, par une forme d'autorité, d'autorisation, d'autonomie quant au partage des soins, en étant accompagné du ou des professionnels.

5.2 Deuxième vignette : Marthe

Marthe, âgée de 39 ans, mariée et mère de trois enfants, découvre lors de la consultation prénatale, au cinquième mois de sa quatrième grossesse, qu'elle portait deux fœtus attachés (enfants siamois). L'annonce de ce diagnostic a provoqué un désarroi chez la mère qui était sérieusement affectée, son mari également. Au huitième mois de sa grossesse, le médecin annonce qu'il serait impossible de séparer les deux enfants à leur naissance. Après avoir accouché dans une clinique sans expertise nécessaire dans ce domaine, les deux sœurs siamoises seront transférées aux cliniques universitaires de Kinshasa (CUK) pour qu'elles puissent recevoir les soins appropriés. Reçues au

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

service de néonatologie au département de pédiatrie, accompagnées de leur mère, les sœurs siamoises étaient attachées par le bassin et le thorax, possédaient un seul poumon, un seul cœur, trois pieds, un seul sexe en forme d'une trace avec des petites lèvres qui faisaient penser à un sexe féminin et plusieurs autres organes en commun. Après évaluation par les spécialistes des CUK, la conclusion sera la même qu'annoncée dans la première clinique où les sœurs siamoises étaient nées : impossibilité d'une intervention chirurgicale. Il faut rappeler que leur naissance avait déjà créé un malaise profond, non seulement au sein du couple, mais également dans la famille du mari où l'on accusait la mère d'être sorcière et infidèle, et par conséquent responsable de la situation. Influencé par sa famille qui tenait au divorce d'avec son épouse, le père des filles siamoises a suspendu ses visites à l'hôpital. Plus tard, la mère apprend que son mari a décidé que les enfants ne soient pas amenées dans sa maison après l'hospitalisation, afin de ne pas traumatiser les autres enfants. Pendant que la mère reste seule à l'hôpital, les autres enfants du couple font pression sur leur père, et veulent savoir où se trouve leur mère, et qu'est-ce qui lui est arrivée. Le père finit par faire appel au psychologue pour l'aider à expliquer aux enfants la situation que vit leur maman.

Le psychologue de l'équipe soignante des CUK a pris soin d'expliquer aux trois autres enfants la situation actuelle de leur mère et a invité la seconde enfant, à la demande du père, à passer à l'hôpital pour rendre visite à la mère et aux bébés. La jeune fille qui avait demandé à voir les bébés et sa mère a estimé qu'elle était suffisamment forte. À son arrivée à l'hôpital, accompagnée de son père, l'enfant a été conduite au bureau du psychologue où elle a une fois de plus reçu les explications résumant le contexte dans lequel les sœurs siamoises étaient nées, leur état actuel et leur évolution, avant de la conduire dans la chambre. Elle a commencé par embrasser sa mère puis, un peu après, elle a pu voir et toucher, accompagnée du psychologue, ses sœurs siamoises dans leur berceau. Après la visite, l'enfant et son père sont retournés au bureau du psychologue où ce dernier a recueilli les impressions de l'enfant au sujet de la visite. L'enfant a exprimé au psychologue sa grande joie d'avoir vu sa mère et les bébés même si elles étaient endormies. C'est dans cette ambiance que l'enfant et son père, très satisfaits, ont pu regagner leur domicile. Grâce aux différents entretiens avec le psychologue et à la dernière visite rendue à son épouse en compagnie de sa fille, le père a repris des visites régulières et l'assistance à son épouse jusqu'au décès des bébés.

Voilà résumé le cas de séparation dans le processus de deuil que la mère des bébés siamoises devait affronter. Mais, de prime à bord, les quatre mois d'hospitalisation à côté de ses filles « malades » au pronostic défavorable ont permis à la mère de développer le sentiment de demeurer mère même dans les conditions difficiles. Elle a en effet donner les soins à ses enfants, tout comme elle l'aurait fait dans d'autres circonstances. Les soignants ont été présents pour lui donner quelques indications quant aux soins qui pouvaient l'inquiéter, l'angoisser. Le père a aussi pu prendre part, petit à petit, à certains soins. La séparation ainsi déroulée dans l'espace transitionnel entre soignants et proches, semble signer le présage d'un deuil apaisé chez la mère.

5.3 Deuil, détachement et attachement

Ces deux vignettes représentent, chacune une situation singulière et illustrent la difficulté de s'attacher (pour *la mère, la sœur,* vignette 2) pour ensuite s'autonomiser

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

(pour *l'épouse* de ses craintes, vignette 1, pour *le père* de sa famille, vignette 2). Elles illustrent l'importance, pour l'équipe soignante, et particulièrement dans le cas des deux vignettes présentées par l'intermédiaire d'un psychologue formé aux théories de l'attachement, d'accompagner le soin dans le cadre de patients en fin de vie et ce, quel que soit l'âge du patient : âgé comme nourrisson. Elles dévoilent l'importance que revêt dans l'espace transitionnel du soin, l'attention à porter au cycle de l'attachement relationnel qui rétroagit sur la situation (*époux-épouse*, vignette 1, *enfants-parents*, vignette 2), et ce, tant pour le patient (dont le détachement s'impose, *vignette 1*, ou s'imposera, *vignette 2*) que pour le proche, occupant une place de proche comme de futur ou potentiel endeuillé. Nous schématisons cette évolution de l'attachement *versus* détachement en cas de deuil imminent (Auray-Godard, 2018), dans la figure ci-après (Figure 5). C'est en partie grâce à la qualité de la relation d'attachement que le détachement, *via* le processus de deuil, se fait dans les meilleures conditions possibles.

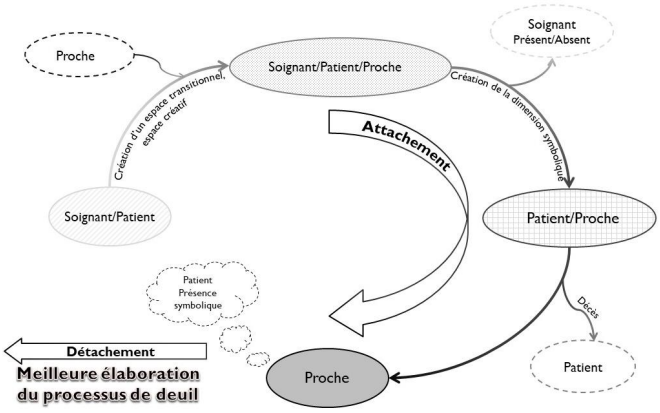


Fig. 5 : Évolution de la création d'un espace transitionnel dans l'accompagnement du patient en fin de vie facilitant le processus de deuil dernière phase (Extrait d'Auray-Godard, 2018)

6 Conclusion

La vie et la mort sont intimement liées. L'attachement et, en miroir, la séparation qui est détachement et autonomisation, sont symboliquement associés, reliés comme également dans le processus développemental, jusqu'à la fin de celui-ci, du début de la vie à la fin de la vie. Ils jouent un rôle primordial dans le processus de deuil autant que dans le processus développemental qui construit l'individu, social, dès la naissance.

Nos vignettes illustrent à cet égard, que quel que soit le pays, la culture, l'investissement humain du proche dans l'accompagnement de fin de vie de son parent malade est une amorce au processus de deuil, voire une annonce à celui-ci. La forme de ce dernier dépendra en grande partie des tous derniers attachements.

En effet, l'investissement de celui ou celle que l'on dénomme aidant.e, et qui n'est en fait qu'une figure de proximité, de celui qui est là, proche, indispensable, et donc figure

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

d'attachement va, pourra ou devra faciliter la séparation. Il y a alors des éléments liés au deuil à venir qui se constituent et élaborent, au fil de l'eau, l'accompagnement qui permettra à l'ensemble du processus du travail de deuil de se constituer au fur et à mesure. Il est à parier que pour celui-ci, l'accompagnement limitera peut-être le mouvement du choc, favorisera celui de la restructuration, en évitant l'allongement dépressif ou l'évitement et la recherche éperdue, trop longue du disparu. Le dialogue illustré dans notre cas entre la psychologue et la famille ou le proche-aidant, la passation de pouvoir entre proche et équipe soignante au bénéfice de la personne à soigner, reconfigurent la zone, le potentiel d'un espace transitionnel opérant en fin de vie. Nous sommes alors en présence d'un processus qui prend la forme d'un travail d'élaboration psychique qui serait déjà préconstitué.

Ce travail d'élaboration, humaine, sociale, transitionnelle permettrait au moment du décès, cette rétroaction sur les figures inconscientes d'attachement pour pouvoir emprunter une ligne d'élaboration dans des moments d'accompagnement attachants. Le processus de détachement se met d'autant mieux, nous semble-t-il, réellement en place, grâce à la relation d'attachement particulière qui se crée en amont comme au présent, suivant les particularités des situations (vignettes 1 ou 2). En définitive, l'attachement social et la séparation humaine sont et restent intrinsèquement liés, liant vie et mort.

Bibliographie

Auray-Godard, Isabelle, *Vivre le deuil autrement. La relation de soins : un espace de transition et d'accompagnement*, Chronique Sociale, Lyon, 2018.

Benjamin, Jessica ; Rivière, Madeleine, *Les liens d'amour*, Éd. Métailié, Paris, 1992.

Bowlby, John, *Attachement et perte. 1 L'attachement,* Le fil rouge, Presses universitaires de France, Paris, 1958-1963, réed, 2002

Chopard-dit-Jean, Aurélie ; Bonnet, Magalie ; Mariage, André (2022). Apport de l'attachement dans le travail d'élaboration de la mort d'un sujet âgé en établissement d'hébergement. Le cas de Pierre, 90 ans, Annales médico-psychologiques, Revue Psychiatrique, 18(S94-S99) [en ligne] https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448720303097?via\%3Dihub

De M'Uzan Michel, *De l'art à la mort. Itinéraire psychanalytique*, Gallimard, Paris,1977, rééd.1972.

Fauré, Christophe, *Vivre le deuil au jour le jour*. Albin Michel, Paris, 2018.

Freud, Sigmund, *Deuil et mélancolie*. [trad.] Weill Aline, Petite Bibliothèque Payot, Paris, 1917, rééd. 2011.

Malher, Margaret ; Dupont, Judith (2013), « Symbiose et séparation-individuation », *Le Coq-héron, 2*, p. 59-73.

Monbourquette, Jean ; D'Aspremont, Isabelle, *Excusez-moi, je suis en deuil*. Rééd. Bayard, coll. « Libraire chrétienne » 2020, Éd. Novalis, Montesson, 2011.

Prior Vivien ; Glaser Danya, *Comprendre l'attachement et les troubles de l'attachement*, De Boeck, Bruxelles, 2010.

Winnicott Daniel.W (1996). « La mère suffisamment bonne », *in* Kalminovitc, Jeannine, [trad.] Petite Bibliothèque Payot, *D.W. Winnicott. De la pédiatrie à la psychanalyse*, Coll. « Sciences de l'homme », Paris, 2006.

Winnicott, Daniel.W (1951), « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels » *in Kalmanovitch, Jeannine, D.W. Winnicott. De la pédiatrie à la psychanalyse*, Petite bibliothèque Payot, Coll. « Sciences de l'homme », Paris, 1983, p. 109-125.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458