

Université de Montréal

Le rôle adaptatif de la tristesse dans le deuil d'un parent chez l'endeuillé adulte

par
Alexandre Couët-Garand

Département de psychologie de l'Université de Montréal
Faculté des arts et sciences

Thèse présentée à la faculté des arts et sciences
en vue de l'obtention du grade de doctorat (Ph.D)
en psychologie
option clinique

14 janvier 2019

© Alexandre Couët-Garand, 2019

RÉSUMÉ

Le deuil normal, ou résilient, a souvent été laissé pour compte dans la littérature, au profit de l'intérêt plus grand porté au deuil pathologique. Cette réalité, qui s'inscrit dans le cadre d'une culture de médicalisation, a pu contribuer à la normalisation de la vision du deuil comme nuisible au fonctionnement et inutilement souffrant. Or, un certain regain d'intérêt pour l'étude des processus du deuil normal est visible dans la littérature, l'idée que le deuil résilient est en fait plus répandu que les deuils plus difficiles n'ayant été que récemment démontrée empiriquement (Bonanno, 2009). Une confusion demeure quant au rôle des émotions liées au deuil, qui sont souvent vues comme des symptômes, étant mal différenciées les unes des autres dans leur nature et leur fonction. Pourtant, la tristesse, apanage d'un deuil résilient et sain, aurait une fonction adaptative, contrairement à la détresse et la dépression, qui évoquent davantage le processus de séparation entre l'enfant et sa figure d'attachement. En effet, l'enfant, lors du départ de la figure d'attachement, vit une émotion débordante et intolérable, la protestation, suivie d'un état de désespoir. Ces émotions seraient ainsi qualitativement différentes, et non seulement quantitativement différentes. Cette thèse vise donc d'une part, via un volet théorique, à proposer un modèle du deuil résilient, mais aussi du deuil pathologique, en lien avec la tristesse, la détresse et la dépression, redonnant à chacune leur juste place. Ces deux types de deuil sont présentés comme les extrêmes d'un continuum entre lesquels toute variation peut exister. La tristesse, dans ce modèle, est dépeinte comme une émotion utile, jouant un rôle dans l'acceptation de la perte et dans la capacité à lui donner un sens. D'autre part, un volet empirique s'intéresse à l'expérience subjective de la tristesse chez des endeuillés résilients adultes ayant perdu un parent. Des entrevues semi-structurées ont été conduites auprès de six participants, et les résultats ont été analysés

avec une approche qualitative, l'Analyse Phénoménologique Interprétative (IPA). Les résultats montrent que la tristesse était vécue comme étant tolérable, comme ayant une fonction adaptative et un sens, même si elle reste désagréable à vivre. Comme le deuil n'est pas vécu en vase clos, un surplus de matériel à métaboliser et des circonstances externes variables, ainsi que des variations dans les capacités de mentalisation, peuvent expliquer la présence d'autres expériences émotionnelles et de symptômes somatiques. La tristesse semble toutefois être un ingrédient essentiel d'un deuil résilient, où la personne demeure fonctionnelle et n'est triste que par courtes périodes, venant par vagues. Les implications cliniques et diagnostiques de ces résultats ainsi que du modèle présenté dans cette thèse sont abordées.

Mots-clés

Deuil résilient, deuil pathologique, deuil, tristesse, tristesse adaptative, fonction de la tristesse, détresse, dépression, émotions, régulation des émotions, mentalisation, analyse phénoménologique interprétative

ABSTRACT

Normal, or resilient, grief has often been neglected in the literature, overshadowed by the greater number of studies on pathological grief. This fact, congruent with the trend towards a culture of medicalization, can explain the normalization of the idea of grief as uselessly painful, or even harmful, a nuisance to productivity and functioning. On the other hand, there has been a growing interest in the processes of normal grief in recent years, the idea that resilient grief is more common than pathological grief having only been recently supported by empirical research (Bonanno, 2009). However, the function and nature of grief-related emotions, which are often seen as symptoms, still isn't clear. Sadness, contrarily to common knowledge, seems to be a healthy characteristic of resilient grief, and could have an adaptive function, whereas distress and depression would evoke the protest and despair phases of the separation between the child and her attachment figure. Thus, these three affective experiences would be qualitatively, and not only quantitatively, distinct. This thesis aims to present, in its first part, a theoretical model of both resilient and pathological grief, elaborating on the function and place of sadness, distress and depression. These two types of grief are presented as the extremes of a continuum, in between which any number of variations could exist. Sadness, in this model, is depicted as a useful emotion that plays a part in the acceptance of loss and in the creation of a meaning. In its second, empirical part, the subjective experience of sadness in resilient grieving adults who lost a parent is observed. Semi-structured interviews were conducted with six participants, and the results were analyzed using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Results show that sadness was experienced as tolerable, adaptive, and making sense, even if it was painful. As grief is never an isolated experience in life, circumstances and concurrent events, and variations

in mentalization abilities, can explain the presence of other emotions or of somatic symptoms. Sadness, however, seems to be an essential ingredient of resilient grief, where the person remains functional, but is sad only by shorts bursts, coming in waves. The clinical and diagnostic implications of these results and of the theoretical model presented in this thesis are discussed.

Keywords

Resilient grief, pathological grief, grief, sadness, adaptive sadness, function of sadness, distress, depression, emotions, emotion regulation, mentalization, interpretative phenomenological analysis

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	i
Liste des sigles et abréviations	vii
Remerciements	viii
Chapitre 1 : Introduction	1
1. Le deuil en tant que sujet d'étude	1
1.1 Origines et définition	1
1.2 Débuts de l'étude du deuil et perspective psychanalytique	2
1.3 Perspective positiviste.....	4
1.4 Perspective de la théorie de l'attachement.....	5
1.5 Les modèles par stades.....	7
1.6 Les trajectoires de deuil	9
1.7 Les tâches du deuil.....	10
2. Tristesse, détresse et dépression dans le deuil	11
2.1 Le caractère adaptatif de la tristesse	11
2.2 Perspective évolutionniste	11
2.3 Tristesse et mentalisation.....	16
2.4 Distinction entre tristesse, détresse et dépression	17
2.4.1 Tristesse	17
2.4.2 Détresse.....	18
2.4.3 Dépression.....	19
3. Buts de la recherche	19
Chapitre 2 : Première étude - <i>Le rôle de la tristesse, de la détresse et de la dépression suite à la perte : vers un modèle intégratif des processus émotionnels du deuil résilient et du deuil pathologique</i>	21
1. Introduction.....	23
2. Tristesse, détresse et dépression	24
3. Perte et attachement	29
4. Vers un modèle du deuil intégrant tristesse, détresse et dépression	31
5. Le deuil pathologique	36
5.1 Description du deuil pathologique	36
5.2 Illustration d'un deuil pathologique : vignette.....	39
6. Le deuil résilient	42
6.1 Description du deuil résilient.....	42
6.2 Illustration d'un deuil résilient : vignette.....	44
7. Implications cliniques	46
8. Conclusion	47

Chapitre 3 : Deuxième étude – <i>Une investigation phénoménologique d’une forme adaptative de tristesse chez des adultes vivant un deuil résilient suite à la perte d’un parent.</i>	56
1. Introduction.....	58
2. Attentes et préconceptions	60
3. Participants.....	60
4. Matériel.....	62
5. Déroulement de la recherche	63
6. Analyse	63
7. Résultats.....	66
8. Discussion.....	77
Chapitre 4 : Discussion.....	91
1. La médicalisation du deuil.....	91
1.1 Tristesse, détresse et perte.....	91
1.2 Médicalisation de la souffrance	92
1.3 Le retrait du critère d’exclusion du deuil dans le diagnostic d’épisode de dépression majeure.....	93
1.4 Différences entre tristesse normale et dépression.....	94
1.5 Impacts de la médicalisation du deuil.....	95
2. Types de souffrances : implications cliniques	97
3. Conclusion	101
Références.....	102
Appendice I : Guide pour l’entretien semi-structuré	i
Appendice II : Formulaire de consentement.....	iii

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

IPA : Interpretative Phenomenological Analysis (Analyse Phénoménologique Interprétative)

REMERCIEMENTS

On se plaît par moments à croire qu'une thèse de doctorat est le fruit de notre seule volonté et créativité, ce qui évoque forcément l'idée du proverbial « doigt mis dans l'œil jusqu'au coude ». Tout ça pour dire que je tiens à remercier celles et ceux qui m'ont influencé, guidé ou aidé d'une manière ou d'une autre durant mon parcours.

D'abord, merci à mes parents, Alain et Danielle, qui m'ont toujours encouragé à choisir un domaine que j'aimais, et qui m'ont supporté de toutes sortes de façons. Sans vous, je ne serais pas rendu là. Merci mille fois.

Merci à tous mes amis et amies, qui ont chacune et chacun contribué à mon bonheur de leur propre façon durant toutes ces années : Simon-Pierre (Gateway – reviens de Londres !), Maxime (les boys), Pierre-Luc (mon vieux chum), Steph (Tatouf Mitouf), Anne (Bernard), Korv (le brave homme), Dave (correct), Nicolas (le Prince), Julien (Mo Burger Do Bing), Delphine (N), Simon (Dune), Emy (Marbridge), Raphaël-Hugo (Luc Plamondon).

Merci à mon ami Yann pour toutes les discussions éclairantes, les moments d'Eureka psychologiques, les games de D&D, les idées farfelues et surtout pour ton amitié qui, comme tout vin vieilli (de 13 ans), prend encore de la valeur avec le temps.

Merci à mes trois neuropsyches préférés...

... Jo, mon ex-coloc, camarade geek, grand homme et encore plus grand ami. Merci à mon directeur de maîtrise, Frédéric Gosselin, de nous avoir mis en équipe dans le cours de Labo 1.

... Jean-Marc, d'avoir été mon partenaire de gym, DM à D&D et fidèle ami à travers ces seize années. Merci pour ton humour complètement absurde : à ce sujet, donnons-nous Legault. Merci à Marie-Chantal, lavalloise à l'humour tout aussi décalé.

Merci à mes amis, amies et collègues de labo et du Doc en général, Martin, Stéphanie, Marc-André, Catherine C., Daphnée-Sarah, Marie Soleil (un gros merci d'avoir révisé mon IPA !!!), Catherine A., Jessica, Crystal, Marie-Ève, Rachel, Andrea, et JF. C'était vraiment agréable de vivre cette aventure avec vous, et j'espère sincèrement qu'on ne se perdra pas de vue.

Merci à mes superviseuses en clinique, Stéphanie et Julie, parce que le doctorat en psychologie clinique, c'est pas que de la recherche, et que j'ai énormément appris auprès de vous. Un merci additionnel à Julie de m'avoir offert une place en internat, et de m'avoir supporté à travers tous les obstacles qui étaient impliqués.

Merci aux gars de mon groupe Mangeur de Rêves, Jici, JPhil, Raph et Florent pour ce beau projet qu'on a ensemble. La musique a toujours été aussi importante que la psycho pour moi, donc c'est vraiment bien de pouvoir partager ça avec vous et de composer du prog autour d'une bière semaine après semaine. En plus on a un premier album et on a fait Ma Première Place des Arts. Quoi demander de plus ?

Un merci spécial à ma partenaire de vie, Sarah, également doctorante en psycho, qui m'a énormément fait cheminer comme personne, autant qu'intellectuellement et spirituellement au cours des dernières années (même si on s'est pas mal gossés aussi). La période du doctorat, ça vient avec tout un paquet d'épreuves, académiques ou non, et je suis fier et reconnaissant qu'on soit passés à travers ensemble. Merci Fille de Lune.

Enfin, merci à mon directeur, Serge Lecours, d'avoir guidé mon parcours, et d'avoir aidé à forger mes idées. Je te suis reconnaissant de m'avoir laissé mon autonomie : là où d'autres auraient mis de la pression pour savoir comment j'avançais, tu as su laisser l'espace juste pour que je puisse travailler à mon rythme, ce qui a fait une énorme différence dans l'énorme tâche de la rédaction de ma thèse. Je voulais aussi te remercier d'avoir pris le temps de nous encourager à lire et discuter de textes cliniques lors des réunions de labo. Indirectement, tu as également été un mentor dans la formation de ma pensée clinique.

« Sorrow found me when I was young
Sorrow waited, sorrow won
Sorrow, they put me on the pills,
It's in my honey, it's in my milk
Don't leave my hyper heart alone
On the water,
Cover me in rag and bones, sympathy
'Cause I don't wanna get over you
I don't wanna get over you »
- **The National**

« On a tous une terreur de dormir
Mais à quelque part
Tant que le Mangeur de rêves peut venir
Il y a quelque chose à perdre
Notre vraie peur
C'est qu'il n'y ait plus rien à dévorer »
- **Mangeur de rêves**

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

1. Le deuil en tant que sujet d'étude

1.1 Origines et définition

Le deuil est un phénomène complexe et multidimensionnel. Passage obligé dans l'existence humaine, on retrouve des traces de rites funéraires et d'enterrements datant d'il y a un peu plus de 100 000 ans (Lieberman, 1991). Alors que l'aspect rituel, funéraire remonte aux origines de la culture, les émotions liées à la perte d'un être cher sont certainement un phénomène encore plus ancien, fruit de l'évolution. Ces réactions psychologiques et physiologiques sont ancrées dans les processus biologiques et non seulement issus de la culture (Averill, 1968).

Précédemment vu comme une condition normale de l'esprit humain, rarement comme une cause de folie, le deuil n'était pas considéré comme pathologique en soi (Walter, 2006). Le fait même de l'aborder en tant que sujet d'étude scientifique est un phénomène récent, datant d'un peu avant le début du vingtième siècle (Archer, 1999). Bien que l'on puisse attribuer cela à la naissance plutôt récente de la psychologie en tant que discipline, un autre phénomène est en également cause : le deuil est devenu plus préoccupant dans la vie des individus dans la mesure où il est devenu indésirable. Bien que présent dans la vie de chacun, il s'agit pourtant d'un phénomène qui est souvent éclipsé de nos vies, ce qui est probablement lié à l'inconfort qui l'entoure. Il n'est donc pas surprenant que le deuil soit un phénomène méconnu et teinté d'idées préconçues par rapport à son déroulement, qui a tendance à être la cible de généralisations et de simplifications excessives. Ces distorsions trouvent leur source dans les écrits de Freud et de Kübler-Ross, entre autres (et malgré eux), et ont été assimilées dans la culture populaire. L'étude du deuil a pourtant bien évolué depuis.

On peut définir le deuil comme la réaction à une perte (DeSpelder et Strickland, 2005), qu'elle concerne un emploi, un proche, certaines conditions de vie, l'usage d'une partie du corps, etc. Nous nous intéresserons spécifiquement à la composante émotionnelle de la réaction à la perte d'un proche. Notons la plus grande flexibilité de la langue anglaise pour traiter du sujet. En effet, le deuil englobe le concept de *grief* (la réaction émotionnelle, la douleur associée à la perte), *mourning* (les usages, rituels et coutumes entourant le deuil ; sa manifestation sociale, publique et culturelle) et *bereavement* (l'état d'avoir perdu quelqu'un de proche en soi, de façon plus globale) (Bourgeois, 1996; Stroebe, Hansson, Schut, et Stroebe, 2008). Nous nous intéresserons spécifiquement à des émotions typiquement associées au deuil, soit la tristesse, la détresse et la dépression, et à l'expérience subjective de souffrance qu'elles entraînent.

1.2 Débuts de l'étude du deuil et perspective psychanalytique

On peut distinguer plusieurs courants de pensée sur le sujet du deuil. C'est cependant aux tenants de l'approche psychanalytique que l'on doit les premiers embryons de modèles théoriques. Freud, avec *Totem et Tabou* (Freud, 1913) et *Deuil et mélancolie* (Freud, 1917) publiés au début du vingtième siècle, peut être considéré le père de l'étude scientifique du phénomène. Il y présente le deuil comme une expérience non pathologique, distincte de la mélancolie, une condition qui s'apparente davantage à ce que l'on nomme aujourd'hui dépression majeure, et qui touche davantage l'estime de soi. L'état de deuil, soit la réaction à la perte au sens large, se résout selon Freud via le travail de deuil, une tâche dont le but est de détacher sa libido (énergie émotionnelle investie dans la personne) du défunt, afin de pouvoir sublimer celle-ci dans différentes sphères de sa vie (Freud, 1917). Cette tâche est comparée à celle de vider ses tiroirs de bureau lorsqu'on quitte un milieu de travail : on repasse toutes les idées et les souvenirs liés au proche décédé, un par un, comme pour assimiler le changement dans notre vie. Freud reconnaît que ce processus ne serait jamais complet, puisque la tâche est

titanesque. Cependant, une lecture décalée des écrits de Freud s'est popularisée dans la littérature et dans la culture populaire ; le travail de deuil est plutôt vu comme une expérience douloureuse, dont la complétion serait non seulement nécessaire, mais essentielle. Échouer à faire l'entièreté du travail de deuil résulterait en un deuil pathologique, selon cette vision (Genevro, Marshall et Miller, 2004; Granek, 2010). Freud, et certains auteurs d'approche psychanalytique, ont donc contribué malgré eux à la normalisation d'une vision pathologisante de la façon dont certains endeuillés vivent leur deuil. Pourtant, une vision aussi systématique et clivée n'était pas supportée par la théorie psychanalytique originale. Plutôt, il était vu comme normal que chacun vive différemment son deuil. Également, la littérature récente supporte l'idée qu'un travail de deuil long et difficile n'est pas forcément nécessaire à un deuil sain et résilient (Bonanno, 2009).

Abraham (1924), comme Freud, distingue deuil et mélancolie. Pour lui, le processus de deuil est enclenché chez la personne lorsqu'une perte réelle, soit la mort d'un proche, survient. Dans le but de préserver la relation à son proche, la personne introjecte le bon objet perdu, qui ainsi ne la quittera jamais. Cette réaction se distingue de celle du mélancolique (dépressif), qui ne perd que de façon « imaginaire », l'objet n'étant par exemple pas décédé mais ayant simplement pris une distance émotionnelle ou physique, ou l'objet de la perte étant par exemple un emploi, un statut, etc. Dans cette situation de perte imaginaire, l'objet n'est selon lui pas introjectable. Ce processus ne pouvant se faire, un état de mélancolie en résulte, en l'absence d'autres facteurs de résilience. Ne disposant pas des outils nécessaires pour expliquer le chevauchement entre deuil et mélancolie dans le cas d'une perte réelle, Abraham (1924) affirme que les connaissances psychanalytiques de l'époque ne suffisaient pas à identifier un deuil « normal » et le distinguer d'un deuil anormal. Cela sera repris comme un argument supplémentaire pour les tenants de la pathologisation du deuil (Granek, 2010).

Hélène Deutsch (1937) supporte quant à elle explicitement l'idée que le deuil puisse être pathologique. Elle affirme que celui-ci ne suit pas toujours un cours normal, pouvant être long et difficile : elle parle dans ce cas de deuil chronique. Pour elle, l'absence de deuil est aussi pathologique que le deuil chronique, puisque le travail non fait donnera lieu à des symptômes qui referont surface (Deutsch, 1937; Granek, 2010). Deutsch, se basant sur l'observation d'enfants indifférents à la mort de leur parent, croit que cette absence de deuil compromettrait le développement et favoriserait la psychopathologie (Brown et Prinstein, 2011). Elle postule que le Moi de ces enfants, et par extension d'adultes ayant certaines carences développementales, ne serait pas suffisamment mature pour porter l'effort du travail de deuil (Marks, 2004).

1.3 Perspective positiviste

Avec la montée du behaviorisme et du mouvement prônant une psychologie plus ancrée dans le positivisme, certains auteurs ont proposé une conception du deuil en tant « qu'objet » d'étude empirique (Granek, 2010). Notamment, Lindemann fait du deuil une entité psychologique traitable. Il propose que bien que le deuil ne soit pas une condition médicale a priori, la médicalisation de l'étude des réactions aux traumatismes a changé la donne, la perte pouvant selon lui être considérée comme un traumatisme (Lindemann, 1944). Il propose une liste des symptômes normaux et anormaux du deuil, qui devient une maladie avec une étiologie qu'il est possible de prédire, gérer. Il est non seulement possible, mais souhaitable, qu'un professionnel le traite. Une seule trajectoire de deuil normal est possible, toute déviation signalant une pathologie (Granek, 2010). Puisque le travail du deuil est donc vu soit comme un succès ou un échec, la culture populaire s'est imprégnée d'une nouvelle préoccupation au vingtième siècle : on se demande si l'on récupère de la perte au bon rythme, de la bonne façon (Gilbert, 2006). La pathologisation du deuil est donc liée à sa médicalisation, puisque l'on distingue une trajectoire normale d'une trajectoire anormale, au lieu de considérer la multitude

d'expériences subjectives différentes chez les endeuillés. Le deuil pathologique est assimilé à la dépression, contrairement à la position de Freud, qui distinguait mélancolie et deuil (Freud, 1917).

La recherche chez les tenants de la médicalisation du deuil s'opère dans une logique quantitative (Brewster, 1950 ; Granek, 2010; Prados, 1951 ; Marris, 1958 ; Hobson, 1964; Parkes, 1964), faisant appel aux méthodes d'un paradigme épistémologique positiviste ou post-positiviste, négligeant la pertinence et l'importance d'une approche constructiviste dans la compréhension du phénomène (Ponterotto, 2005). L'utilisation des seules études quantitatives a pour conséquence de produire des connaissances centrées sur les signes et symptômes du deuil, aspects dysfonctionnels et pathologiques du deuil, donc plutôt détachées de l'expérience subjective. Des lacunes importantes au niveau de la connaissance du vécu subjectif des endeuillés, autant résilients que chroniques, sont donc présentes dans la littérature, indiquant la nécessité d'investiguer davantage, par exemple avec l'aide de méthodes qualitatives plutôt que seulement quantitatives, le sens et la phénoménologie du deuil. En effet, le fait de se centrer uniquement sur les « symptômes » du deuil, négligeant au passage les aspects plutôt neutres, résilients ou même les changements positifs favorisés par le processus, a pour effet de rendre indésirables les émotions qui y sont associées, comme la tristesse. Contrairement à ce qui est retrouvé dans une approche plus psychanalytique, la tristesse vue sous un angle médical est considérée comme indésirable puisque douloureuse et difficile à tolérer, et est donc assimilable à un symptôme de dépression.

1.4 Perspective de la théorie de l'attachement

Un pan de la littérature porte sur le lien entre le type d'attachement et la réaction à la perte (Mancini et Bonanno, 2012). Pour Mikulincer, Gillath, et Shaver (2002), une fonction du système d'attachement est de pallier la détresse psychologique. Lorsqu'une personne est

confrontée à un stresser, elle cherche à se rapprocher des gens avec qui elle a un lien de proximité. Ces proches, les figures d'attachement, lui servent de base, de lieu sécuritaire où retourner en cas de besoin (Mancini et Bonanno, 2012). Dans le cas d'une perte, ces figures ne sont plus disponibles. Comme le type d'attachement dépend de plusieurs facteurs, dont le passé relationnel et le tempérament (Bowlby, 1980), chacun souffre de manière différente de cette perte. Le fait de vivre un deuil résilient, donc non prolongé et dénué de symptômes débordants, est lié au fait d'avoir un type d'attachement sécure (Bowlby, 1980; Reis et Grenyer, 2002). Toutefois, certaines personnes vivent plutôt le deuil comme le bébé vit la séparation : ils recherchent la proximité avec la personne perdue, sont en détresse et protestent contre la rupture de lien (Freed et Mann, 2007). Puis, en constatant la permanence de la perte, ils deviennent exagérément préoccupés par le défunt. Ils peuvent vivre des symptômes de dépression (Bowlby, 1980; Freed et Mann, 2007; Parkes et Weiss, 1983). Selon les théoriciens de cette approche, ce deuil pathologique serait lié principalement à l'attachement anxieux (Fraley et Bonanno, 2004; Reis et Grenyer, 2002). L'attachement évitant serait plutôt lié à une expression minimale d'émotions, comme la tristesse, qui seraient plutôt somatisées (Reis et Grenyer, 2002). Selon Mikulincer, Hirschberger, Nachmias et Gilliath (2001), il y aurait dans le deuil pathologique (lié à un attachement anxieux) une activation persistante de la représentation interne de l'être cher perdu. Cette représentation serait donc accessible, peu importe le contexte. Cela se traduirait par une préoccupation constante et invasive, qui causerait les symptômes. À l'inverse, un deuil bien fait, donc « résolu », entraînerait un transfert des fonctions d'attachement vers les autres proches. La représentation mentale de l'être cher décédé, particulièrement lors d'une période de stress aigu, ne serait donc plus aussi facilement accessible et envahissante (Mikulincer et al., 2001). Il semble donc pertinent d'observer la nature de la relation entre la personne et son proche décédé,

et plus particulièrement leur type d'attachement, pour prédire qui sera à risque de développer un deuil plus pathologique, et ainsi pouvoir lui offrir un traitement plus personnalisé.

1.5 Les modèles par stades

Nombre de modèles théoriques où le deuil est décrit comme un nombre d'étapes à franchir avant d'être terminé ont été élaborés depuis la fin des années 60 (Bourgeois, 1996). Cette division du deuil en stades a eu un profond impact tant sur la pensée médicale que scientifique et populaire. On retrouve fréquemment dans cette littérature un même motif : un début (les premiers moments), un milieu (le travail de deuil, l'étape dépressive) et une fin (résolution du deuil), avec un nombre variable de sous-étapes (Bourgeois, 1996).

Par exemple, Bowlby et Parkes (1970), parmi les premiers à appliquer l'approche des stades au deuil, ont parlé d'obnubilation, de nostalgie, de déréliction, de désorganisation, de désespoir et de réorganisation. Également, selon Bourgeois (1996), les auteurs Silverman (1966, 1970, 1972), Parkes (1970), Parkes et Brown (1972), Clayton, Halikas et Maurice (1973), et Zisook et DeVaul (1983), ayant effectué des études systématiques chez les endeuillés, proposent tour à tour des étapes qui, si l'on en fait une synthèse, se complètent. En résulterait un modèle globalement constitué d'une phase d'impact, d'une phase de dépression et d'une phase de récupération (Bourgeois, 1996). Zisook (1987) apporte une variante, proposant comme premières étapes le choc, le déni et l'incrédulité. Puis, viendrait le deuil aigu, caractérisé par un état émotionnel intense, un retrait social et une identification au défunt. Enfin, surviendrait la période de résolution, où la perte serait acceptée. Cependant, l'idée de diviser le deuil en stades a surtout été portée et popularisée par le modèle des cinq stades du deuil d'Élizabeth Kübler-Ross. Ce modèle a non seulement énormément influencé la recherche sur le deuil, mais aussi la culture populaire. L'ouvrage phare de Kübler-Ross, *On death and dying*, porte sur une étude s'intéressant à l'origine à la façon dont les mourants abordent leur propre décès (Kübler-Ross,

1969), et a été extrapolé aux étapes vécues par l'endeuillé lui-même. Ce modèle a été caricaturé dans la littérature comme étant constitué de stades absolus, figés et inévitables. La personne devrait donc passer à travers :

- 1) le déni, où elle refuse de reconnaître la mort d'un proche;
- 2) la colère, où elle vit de la frustration et de l'incompréhension;
- 3) la négociation, où elle cultive l'espoir qu'en échange d'un changement dans sa vie, elle pourra modifier la situation;
- 4) la dépression, où elle se sent impuissante, reste en retrait et s'ennuie du proche et
- 5) l'acceptation, où la personne accepte la mort de son proche (Kübler-Ross, 1969).

Bien que ce modèle n'ait pas d'abord été conçu comme étant universel, certains auteurs ont tenté de lui fournir un appui empirique (Maciejewski, Zhang, Block, et Prigerson, 2007). Cependant, ces tentatives ont été critiquées comme ayant des failles méthodologiques (Silver, Wortman, Weiner, et Bonanno, 2007). Malgré tout, le modèle est demeuré ancré dans la culture populaire et nourrit le mouvement de médicalisation du deuil (en renforçant la conception d'une seule trajectoire possible), qui est aujourd'hui le paradigme dominant (Bourgeois, 1996; Granek, 2010). L'abandon du critère d'exclusion du deuil dans le diagnostic de dépression majeure du DSM-5 en est un exemple : alors que dans le DSM-IV, un diagnostic de dépression majeure ne pouvait être établi dans les deux mois suivant la perte d'un être cher, le DSM-5 ne tient pas compte de cette période tampon (American Psychiatric Association, 2015). Également, un nouveau diagnostic de trouble du deuil complexe persistant y est à l'étude pour le prochain DSM (Stevenson, 2014). On fait donc du deuil pathologique une entité médicale identifiable et traitable selon une procédure établie.

1.6 Les trajectoires de deuil

Il existe cependant un contrecourant naissant dans la recherche en psychologie du deuil. Bonanno (2009), notamment, propose une nouvelle conception du deuil, où une trajectoire normale ou uniforme n'existe pas. En effet, il affirme que chaque personne vit le deuil de manière différente, mais qu'il existe tout de même un certain nombre de trajectoires plus typiques (unies par une certaine similitude mais toutes légèrement différentes), qui se retrouvent fréquemment dans la population. Notamment, on retrouve :

- 1) le deuil chronique, où les symptômes dépressifs apparaissent après la perte et se maintiennent pendant une longue période ;
- 2) le deuil « commun », où les symptômes apparaissent peu longtemps après la perte et disparaissent progressivement sur un certain laps de temps ;
- 3) la résilience, où la personne ne vit pratiquement pas de symptômes dépressifs, bien qu'elle soit triste par moments, comme par vagues, et s'ennuie du proche. Ce type de deuil serait le plus répandu (Bonanno, 2009).

Il ne serait donc pas pathologique de ne pas avoir une réaction de deuil aussi intense que celle dépeinte par les modèles par stades, soit de souffrir longuement et intensément de la perte (Bonanno et Kaltmann, 2001). En effet, il semble que la plupart des conjoints endeuillés de leur partenaire ne montrent pas de symptômes dépressifs (Lund et al., 1986; Bournstein, Clayton, Halikas, Maurice, et Robins, 1973). Plusieurs auteurs ont montré que la majorité des conjoints endeuillés n'ont pas même de dysphorie légère (Bruce, Kim, Leaf, et Jacobs, 1990; Cleiren, 1993; Zisook, Paulus, Shuchter, et Judd, 1997).

1.7 Les tâches du deuil

Ainsi, il existe des différences dans les processus de deuil de chacun, qui déterminent que l'endeuillé vivra un deuil plus ou moins compliqué. Selon Rando (1995), qui insiste sur la différence entre *grief* (la réaction émotionnelle à la perte, en soi) et *mourning* (le processus de désinvestissement de la relation et de réinvestissement dans d'autres sphères et relations), il est nécessaire de réaliser six tâches pour bien faire son deuil. Ne pas les accomplir pourrait selon elle affecter de manière idiosyncratique la façon dont la personne vivra son expérience de perte, selon quelle tâche est moins bien complétée, et dans quelle mesure, en conjonction avec d'autres facteurs, dont les circonstances de la mort et la personnalité, entre autres (Rando, 2013). Selon elle, la littérature clinique s'est davantage concentrée sur la composante *grief*, qui est une composante nécessaire, mais non suffisante du deuil, qui devrait également comprendre la composante *mourning*. Le concept de *mourning* impliquerait la transition d'un monde avant la perte à un monde après la perte (Rando, 1995). Ainsi, la personne devrait premièrement *reconnaître* la perte, tant intellectuellement (comprendre que la personne est décédée et comment c'est arrivé) qu'émotionnellement (accepter le décès). Elle devrait ensuite *réagir* à la séparation, en se laissant ressentir la souffrance qui l'accompagne, qui la renseigne sur le fait que la personne n'est plus là, mais aussi en identifiant et en acceptant ses réactions à la perte en soi et à des pertes secondaires à la mort de la personne (déménagement, habitudes de vie, etc.). La personne devrait également *se rappeler et revivre* les souvenirs liés à la personne et à leur relation, de façon réaliste, donc sans se rappeler seulement les bons ou les mauvais aspects. Ensuite, la personne pourrait *se détacher et laisser aller* ses attachements, croyances et connaissances liées à l'ancien monde, puis *réajusterait* pour faire la transition dans le nouveau monde, sans oublier l'ancien. Finalement, elle *réinvestirait* de nouveaux buts et de nouvelles relations (Rando, 1995). Worden (2015) prend une direction similaire dans ses écrits,

énumérant quatre tâches à réaliser : l'endeuillé doit d'abord accepter la réalité de la perte, avant de digérer la souffrance qui y est liée, puis de s'ajuster à son nouvel environnement où le défunt n'est plus présent. Là où Rando et Worden divergent, c'est dans le type de lien que le survivant conserve avec le défunt et l'importance accordée au fait de réinvestir le monde après la perte. En effet, là où Rando (1995) insiste sur le réinvestissement d'autres personnes et d'autres buts après un détachement de la personne, Worden (2015) propose plutôt comme quatrième tâche de relocaliser émotionnellement et de commémorer la personne, sans toutefois s'en détacher, avant de pouvoir passer à autre chose. Il ne considère donc pas la création de nouvelles relations ou de nouveaux projets de vie comme faisant partie des tâches du deuil en soi. Cependant, les deux auteurs proposent une même chose : il est nécessaire de réaliser certaines tâches, qui impliquent autant le traitement d'émotions et d'informations liées à la perte qu'une certaine souffrance, qui servirait de « leçon » pour que la personne réalise pleinement la perte avant de pouvoir faire la transition vers une nouvelle vie sans la personne (Rando, 1995 ; Worden, 2015).

2. Tristesse, détresse et dépression dans le deuil

2.1 Le caractère adaptatif de la tristesse

Ainsi, malgré le fait qu'une majorité de personnes vivent un deuil résilient, il semble essentiel que ce deuil ait tout de même une composante de *souffrance*. C'est la tristesse, l'émotion qui se manifeste lorsque l'on perd quelqu'un ou quelque chose d'important, et qu'on ne peut rien y faire, qui est présente dans ce type de deuil (Bonanno, 2009; Lazarus, 1991). Plus qu'un simple « effet secondaire » du deuil, on lui postule une fonction adaptative : elle existerait pour en faciliter la résolution (Nesse, 2000 ; Welling, 2003). En ce sens, la tristesse ne serait pas forcément annonciatrice d'une dépression et sa présence, bien que désagréable, ne serait donc pas indicatrice d'un deuil pathologique.

Toutefois, l'expérience subjective et les manifestations de ce que l'on appelle « tristesse » sont différentes chez chacun ou chez une personne dans le temps. Parfois, elle se présenterait sous forme d'un désespoir, d'une dysphorie que l'on associe habituellement à la dépression. D'autres fois ou chez d'autres personnes, elle serait vécue comme de la détresse, plus proche de la panique et du débordement que de la mélancolie. Cependant, elle serait souvent plus tolérable, davantage liée au retrait et à l'introspection. Ces expériences dysphoriques, bien que toutes de valence négative, sont considérées comme *qualitativement* distinctes (Briand-Malenfant, Lecours, et Deschenaux, 2010).

2.2 Perspective évolutionniste

Il y a lieu de se questionner sur la fonction de telles expériences affectives, qui sont désagréables à vivre et n'ont pas d'utilité apparente a priori. La fonction évolutive de la tristesse est donc matière à débat. Ce que Welling (2003) définit comme une réaction émotionnelle à des changements environnementaux, plus spécifiquement une perte de tout type, est un état coûteux: il diminue l'appétit et l'intérêt pour la sexualité, perturbe le sommeil et encourage la passivité. Il s'agit donc de l'état opposé à celui qui implique d'avoir une énergie, un optimisme et une volonté de changement suffisants pour que la personne puisse se sortir de la situation défavorable qui suit une perte (Nesse, 2000). Plusieurs hypothèses, résumées par Welling (2003), ont donc été proposées pour tenter d'expliquer la fonction de la tristesse et de la dépression. Une première hypothèse est d'affirmer qu'elles existent parce qu'elles sont corrélées à un trait adaptatif qui a été conservé par la sélection naturelle, mais qu'elles n'ont aucune fonction en soi (Nesse, 2000). Cependant, il serait peu probable que cela soit possible, puisqu'elles sont trop coûteuses et trop fréquentes pour avoir été conservées sans raison (Welling, 2003).

Certains auteurs ont postulé que la tristesse et la dépression sont liées aux dynamiques sociales. van de Waal (1998) propose que ce ne sont pas nécessairement les plus forts qui se reproduisent le plus souvent, mais ceux qui savent tirer profit des dynamiques de groupes, ce qui expliquerait des comportements comme le sacrifice de soi (Wilson, 1975). Ainsi, la dépression pourrait aider à préserver l'énergie nécessaire pour pouvoir s'occuper de sa progéniture ou protéger un proche, etc., au lieu de s'engager dans des activités coûteuses (Schmale et Engel, 1975; Thierry, Steru, Chermat, et Simon, 2000). Cependant, cela semble être une mauvaise stratégie pour conserver de l'énergie durant les temps plus difficiles (Nesse, 2000). De plus, la raison pour laquelle il faudrait conserver de l'énergie après une perte n'est pas évidente. Il semblerait plus adaptatif de compenser la perte en augmentant son activité pour accumuler plus de ressources et ainsi faciliter la survie sans l'autre (Hobfoll, 1989; Welling, 2003).

Une autre hypothèse évolutionniste est que la tristesse et la dépression pourraient être un appel à l'aide (Klerman, 1974; Hagen, 1999), permettant de signaler à autrui son besoin d'assistance suite à une perte. Par contre, si l'action de pleurer semble un moyen approprié d'avoir un effet communicateur et d'attirer la compassion (Barr, 1990; Lummaa, Vuorisalo, et Lehtonen, 1998), les autres « symptômes » (perte d'énergie, perte d'intérêt pour la sexualité, etc.) semblent superflus (Welling, 2003). De plus, les gens trouvent habituellement les personnes déprimées désagréables après un certain temps, ce qui peut paradoxalement mener au rejet et à l'isolation (Coyne, Kessler, Tal, et Turnbull, 1987).

Cela pourrait également servir à sceller une relation et donc à servir de moyen de dissuasion contre les ruptures, ce qui est probablement une bonne façon de s'assurer que les deux partenaires restent ensemble pour élever la progéniture (Pinker, 1997). Cependant, cela n'a trait qu'aux ruptures relationnelles et donc pas aux pertes comme une mise à pied, une maladie

ou un deuil. Cette fonction ne semble donc pas être une raison suffisante pour expliquer de manière convaincante l'ensemble des réactions de tristesse ou de dépression (Welling, 2003).

La tristesse et la dépression pourraient servir à décourager temporairement des efforts inutiles pour atteindre des buts plus difficiles à atteindre en l'absence de la personne décédée, ou dans l'état de vulnérabilité que la perte provoque, et donc à ajuster la motivation de la personne le temps que le deuil soit fait (Hamburg 1974; Wortman et Brehm, 1975; Klinger, 1975; Gut, 1989). Le problème est que dans cet état, toute activité est découragée, et pas seulement les activités impliquées par la perte, ce qui peut mener à un sentiment d'impuissance, la personne n'ayant pas la possibilité d'émettre une grande variété de comportements (Seligman, 1975). Une autre possibilité est que la tristesse et la dépression servent à décourager de poser des actions lorsqu'aucune autre alternative n'est possible de toute façon, puisque qu'il est moins coûteux de ne pas agir (Nesse, 2000). Cependant, il est difficile d'envisager des situations où aucune solution n'est possible, où aucun geste ne peut être posé pour améliorer sa situation, puisque même la vaste majorité des gens chroniquement dépressifs a habituellement au moins quelques options, bien que la motivation et l'énergie pour mener à bien leurs plans puisse leur manquer (Welling, 2003).

Welling (2003) propose plutôt que la tristesse et la dépression permettent le réajustement des cartes cognitives de la personne, suite à une perte, qui implique un changement dans sa vie. En effet, la plupart des comportements humains sont selon lui basés sur des habitudes et exécutés de manière automatique. Ces comportements dépendraient de l'expérience, des connaissances et de l'estimation de ses capacités et de son environnement. Welling considère ces connaissances et cette expérience comme étant représentées par des cartes cognitives, une forme de schémas internalisés, qui doivent être réajustés à la suite d'une perte, et donc durant un deuil, pour s'adapter au monde sans la personne perdue (Welling, 2003). Si une personne perd

par exemple l'usage d'un bras, ou si son conjoint décède, elle sera déprimée ou triste le temps que ses cartes cognitives soient réajustées et que la personne s'adapte aux habitudes qu'implique sa nouvelle vie sans son bras ou son conjoint. Elle devra donc passer par une période où elle pensera encore fréquemment à son conjoint, par exemple, avant de s'adapter et de devenir triste de moins en moins souvent et longtemps. On peut donc postuler une *fonction* à la tristesse qui suit une perte ; il ne s'agirait pas simplement d'un accident dans le parcours de l'évolution.

Cependant, bien que cela permette de savoir à quoi la tristesse sert, ce modèle n'explique pas pourquoi elle est aussi désagréable à vivre. Une piste de réponse se retrouve chez Hobfoll (1989). Avec son modèle de conservation des ressources, il propose qu'un stress psychologique (comme le décès d'un proche) soit une réaction à l'exposition à un environnement dans lequel il y aurait une perte de ressources, une menace de perte de ressources, ou une absence de gain de ressources suite à un investissement de ressources. Il décrit les ressources comme ayant une valeur instrumentale aux individus (permettant donc d'acquérir d'autres ressources), mais aussi une valeur symbolique, puisqu'elles aident à définir leur identité (Hobfoll, 1989). On peut inclure les êtres chers dans cette catégorie puisqu'ils aident à définir l'identité en plus d'avoir une valeur « pragmatique » dans la vie des gens, en comblant certains besoins. Perdre un être cher serait donc une perte de ressources. En effet, Lindemann (1944) et Parkes (1970) affirment que ce type de perte impliquerait une perte sociale et potentiellement une perte de statut, de stabilité économique et d'un mode de vie, en plus de perdre l'être cher en soi. Selon le modèle de conservation des ressources, lorsque la personne est confrontée à un stresser, - dans notre cas, la perte – elle tente de minimiser la perte de ressources, donc de demeurer résiliente dans une situation coûteuse.

La tristesse serait donc une expérience désagréable, douloureuse, afin de décourager la personne d'entreprendre de nouveaux comportements qui pourraient engendrer la perte d'autres

ressources dans un moment de faiblesse. Bien que cette idée soit semblable à celle énoncée par d'autres auteurs mentionnés ci-haut (Gut, 1989; Hamburg 1974; Klinger, 1975; Nesse, 2000; Schmale et Engel, 1975; Seligman, 1975; Thierry, Steru, Chermat, et Simon, 2000; Wortman et Brehm, 1975), ceux-ci n'offraient pas de raison plausible pour expliquer l'absence d'investissement d'énergie dans un nouveau comportement, autrement que par économie de l'énergie requise par le comportement en soi. Selon Hobfoll (1989), la tristesse de la personne qui vient de perdre une ressource sous la forme d'un être cher l'empêche de produire des comportements qui pourraient provoquer la perte d'autres ressources, ce qui est une menace au bien-être, ou même à la survie. Cependant, comme mentionné ci-haut, tous ne vivent pas la perte de la même manière. Hobfoll (1989) postule que plusieurs facteurs entrent en jeu dans la détermination de la réaction au stress. En effet, dans le cas d'une perte, la réaction peut aller de la tristesse à la dépression, en passant par la détresse. Plusieurs variables pourraient donc entrer en jeu, dont la personnalité, la nature de la perte (donc l'identité de l'être cher perdu, le type d'attachement et les circonstances dans lesquelles la perte est survenue) et les capacités de mentalisation (Briand-Malenfant et al., 2010).

2.3 Tristesse et mentalisation

Une différence dans les capacités de mentalisation des individus pourrait être en grande partie responsable des disparités dans le vécu subjectif et les manifestations psychologiques et physiques de la tristesse (Briand-Malenfant et al., 2010). La mentalisation est la capacité à se représenter et comprendre les états mentaux de soi et d'autrui. Il s'agit d'une aptitude qui est acquise par l'individu, à travers ses relations, et dont l'évolution ne nous a transmis que le potentiel. Une expérience bien mentalisée serait donc symbolisée dans la psyché et la représentation mentale de celle-ci viendrait se substituer à un vécu moteur, somatique ou psychique plus concret (Lecours, 2005). Par exemple, même si le décès d'un proche s'était

déroulé dans des circonstances traumatiques, une personne ayant de bonnes capacités de mentalisation pourrait être aussi résiliente qu'une personne dont la perte ne serait pas aussi choquante, mais dont les capacités de mentalisation seraient moins bonnes. La mentalisation permet donc à la tristesse d'acquies sa valeur adaptative.

2.4 Distinction entre tristesse, détresse et dépression

On peut se demander pourquoi Welling (2003) étudie la tristesse et la dépression comme une seule entité conceptuelle, puisque la tristesse serait adaptative, alors que la dépression serait plutôt pathologique (American Psychiatric Association, 2015). Dans la littérature, les concepts de détresse, tristesse et dépression sont en effet souvent utilisés de manière presque interchangeable, ce qui peut porter à confusion. Il semblerait même que le deuil soit considéré par plusieurs auteurs comme une forme d'émotion (Averill et Nunley, 1993; Stearns et Knapp, 1996; Panksepp, 2005), ces auteurs ayant rendue floue la distinction avec la tristesse (Bonanno, Goorin, et Coifman, 2008). Pourtant, ces états affectifs sont distincts et il semble essentiel d'aborder le problème pour rendre la compréhension du processus de deuil et de possibles interventions cliniques plus efficaces, puisque tous ne vivent pas les mêmes émotions durant un deuil. Il est donc important de clarifier et distinguer ces concepts afin d'éviter certaines confusions, ce que nous nous proposons de faire.

2.4.1 Tristesse

Nous avons discuté ci-haut des raisons pour lesquelles la tristesse pourrait être adaptative, mais il reste à s'interroger sur sa nature et ses bienfaits, lorsqu'on la compare à ces autres émotions, qui semblent moins bénéfiques. En effet, pourquoi donc affirmer que la tristesse est plus adaptative que la dépression ou la détresse ? Comme mentionné ci-haut, il s'agit d'une émotion pourtant désagréable à vivre, impliquant notamment des pleurs et une expérience subjective de souffrance. Pourtant, des études ayant empiriquement appuyé les avantages d'une

« capacité de souffrir » existent (Bonanno, 2009; Briand-Malenfant et al., 2010). En effet, il semblerait que la capacité de vivre de la tristesse soit associée au bien-être psychologique (Van Harreveld, Van der Pligt, Claassen, et Van Dijk, 2007). Une vaste quantité d'autres fonctions et effets positifs sont associés au fait de vivre de la tristesse. Notamment, elle nous permettrait de tourner notre attention vers l'intérieur pour s'ajuster à une perte (Izard, 1993; Lazarus, 1991). Il semblerait également que les gens tristes portent davantage attention aux détails (Schwarz, 1998). Aussi, moins de fausses erreurs de mémoires seraient commises lors de certaines tâches cognitives (Storbeck et Clore, 2005). Ensuite, être triste permettrait d'avoir une perception plus réaliste de soi et de ses habiletés. Également, les gens tristes auraient une meilleure résistance aux stéréotypes comparé aux personnes en colère (Bodenhausen, Sheppard, et Kramer, 1994). Cela permettrait donc une réflexion plus poussée et plus efficace par rapport aux changements qu'entraîne la perte (Bonanno, 2009). En effet, la tristesse nous oblige à ralentir, à mettre de côté nos préoccupations quotidiennes et à tourner notre attention vers l'intérieur (Bonanno et al., 2008). Cela nous permettrait, comme énoncé ci-haut, de restructurer nos cartes cognitives (Welling, 2003). Finalement, on peut dire de la tristesse qu'elle favoriserait le soutien social, du moins pendant un certain temps, puisque via les expressions faciales, les pleurs et la posture associées à celle-ci, un signal serait envoyé aux proches pour invoquer leur soutien (Barr, 1990; Bonanno, 2009; Eisenberg et al., 1989; Lummaa et al., 1998).

2.4.2 Détresse

Par opposition, la détresse semble être une forme de tristesse moins adaptative parce que moins bien mentalisée. On parle donc de la détresse comme une expérience qui « porte sur un contenu, plus difficile à tolérer, de débordement, de panique et d'agression. La nature de la souffrance associée à cette expérience semble être qualitativement distincte, représentant une

détresse archaïque qui se distingue d'une forme plus adaptative de tristesse » (Briand-Malenfant et al., 2010).

2.4.3 Dépression

La dépression n'implique généralement pas de tels contenus agressifs ou de panique. Pourtant, bien que moins débordante que la détresse, elle se distingue tout de même de la tristesse. En effet, alors que la tristesse implique des sentiments douloureux qui viennent par vagues, la dépression est plus constante. Elle entraîne une estime de soi plus basse et un sentiment d'être inadéquat, alors que dans la tristesse, l'estime de soi est préservée (American Psychiatric Association, 2013).

3. Buts de la recherche

Dans un premier temps, un modèle théorique des deuils résilient et pathologique, et des expériences affectives qui y sont associées, sera élaboré. Ce modèle permettra d'ajouter aux connaissances sur les processus émotionnels du deuil et comprendre comment ceux-ci s'inscrivent dans un continuum de deuils entre « résilient » et « pathologique », ce qui n'a pas été fait explicitement dans la littérature. Au passage, des distinctions plus claires seront faites entre tristesse, détresse et dépression, étant donné les lacunes en la matière dans la littérature. En effet, l'existence de ces émotions ou états est établie, mais peu d'efforts ont été fournis pour les différencier et pour bien expliciter leur rôle et leur présence dans différents types de deuils.

Dans un second temps, nous utiliserons une méthodologie qualitative dans le but d'aller explorer le vécu de tristesse post-perte, à même l'expérience subjective d'endeuillés, la littérature sur la qualité de la tristesse vécue (surtout chez les endeuillés) étant peu abondante. En effet, plutôt que de tenter de faire correspondre le vécu de ces endeuillés à des catégories prédéfinies, nous utiliserons l'Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (Smith, Flowers,

et Larkin, 2009), cette méthode étant l'approche de choix pour explorer la phénoménologie de l'individu. Cela nous permettra d'investiguer les manifestations d'une qualité subjectivement tolérable ou même utile de tristesse en observant la façon dont les participants s'expliquent le fait d'être triste après la perte. Par conséquent, les buts de cette investigation, énoncés ci-bas, ne sont pas des hypothèses en soi, puisque le but de l'IPA est d'adopter la perspective de la personne dans l'expérience subjective explorée et non de confirmer la vision que nous en avons (Smith et al., 2009). Ainsi, il est essentiel de reconnaître, d'explicitier et d'examiner en continu nos attentes, inévitables, par rapport aux résultats. Cependant, il serait contreproductif de formuler des hypothèses que nous chercherions à confirmer, puisque cela contreviendrait à l'adoption de cette perspective, résolument inductive. Nos objectifs sont donc de :

- 1) Distinguer conceptuellement tristesse, détresse et dépression dans le contexte d'un deuil, étant donné le flou dans la littérature, et proposer une nouvelle théorisation de la nature et du rôle de ces expériences affectives dans le deuil. Cela permettra d'effectuer une nouvelle modélisation du deuil résilient et du deuil pathologique. Pour ce faire, il sera essentiel d'effectuer une synthèse des connaissances dans le domaine ;
- 2) Dans un espace de recherche qualitatif, et en procédant par approche inductive, explorer l'expérience subjective de la tristesse telle qu'elle est rapportée par des endeuillés engagés dans un processus non pathologique afin d'aller chercher un point de vue « neuf » sur cette émotion, en retournant aux données brutes de l'expérience subjective des participants. Nous nous attendons à ce que cette tristesse soit similaire au construit de tristesse tel que formulé dans la théorie que nous élaborerons.

CHAPITRE 2 : PREMIÈRE ÉTUDE

Le rôle de la tristesse, de la détresse et de la dépression suite à la perte : vers un modèle intégratif des processus émotionnels du deuil résilient et du deuil pathologique

Contributions des auteurs :

Alexandre Couët-Garand a effectué la recension des écrits, élaboré le modèle théorique et rédigé l'article.

Serge Lecours a guidé le processus d'élaboration du modèle théorique et révisé l'article.

LE RÔLE DE LA TRISTESSE, DE LA DÉTRESSE ET DE LA DÉPRESSION SUITE À LA PERTE : VERS UN MODÈLE INTÉGRATIF DES PROCESSUS ÉMOTIONNELS DU DEUIL RÉSILIENT ET DU DEUIL PATHOLOGIQUE

Alexandre COUËT-GARAND et Serge LÉCOURS

Résumé

Dans la littérature sur le deuil, l'étude du deuil pathologique est souvent à l'avant-plan, au détriment du deuil normal, ou résilient. Il en résulte que les processus émotionnels liés à chaque type de deuil sont mal compris. La tristesse, une émotion considérée depuis peu comme étant adaptative et utile à l'acceptation de la perte, est mal différenciée des expériences affectives plus souvent retrouvées dans un deuil pathologique, comme la détresse et la dépression. Cela entraîne une confusion dans la compréhension de leur rôle respectif. Un modèle théorique, intégrant ces expériences affectives et décrivant un continuum entre un deuil résilient et pathologique, sera proposé pour pallier ces lacunes. Ce modèle remettra également en question l'application normative du modèle émanant de la théorie de l'attachement pour décrire le processus du deuil résilient, en proposant que les phases de protestation et de désespoir de la séparation correspondent plutôt à la détresse et la dépression du deuil pathologique. Des lacunes dans les capacités de mentalisation pourraient expliquer cette incapacité à vivre de la tristesse et ainsi l'absence d'un deuil résilient.

Mots-clés

Deuil résilient, deuil pathologique, deuil, tristesse, détresse, dépression, émotions, régulation des émotions, mentalisation

1. Introduction

Le deuil, période où l'expérience émotionnelle est affectée par une perte, est souvent vu comme un phénomène handicapant, contreproductif, mais inévitable de la vie. En effet, le pragmatisme qui domine dans la culture occidentale a tendance à en teinter la perception puisqu'un deuil court et « efficace », qui permet un retour rapide à la vie sociale et au travail dans un souci de productivité, est encouragé (Bourgeois-Guérin, 2015; Stroebe, Gergen, Gergen, et Stroebe, 1992). Un deuil qui affecterait plus sévèrement le fonctionnement est vu comme pathologique (Bacqué, 2007 ; Bourgeois-Guérin, 2015 ; Granek, 2010). Par conséquent, la littérature scientifique s'est plus souvent intéressée à ces deuils pathologiques, vus comme nécessitant un traitement, menant ainsi à une surreprésentation des écrits sur ce type de deuils par rapport à ceux portant sur le deuil résilient (Granek, 2010; Lobb, Kristjanson, Aoun, Monterosso, Halkett, et Davies, 2010). Or, bien que certains deuils affectent sévèrement le fonctionnement des individus, ces deuils excessivement douloureux ne constituent pourtant qu'une minorité, soit environ 10-15 % des cas (Bonanno et Kaltman, 2001; Zisook et Shear, 2009). Il semblerait même que la majorité des gens vivent un deuil résilient, où la personne fonctionne normalement, sans symptômes incapacitants. Ce sont plutôt des épisodes de tristesse courts, non débordants et ponctuels qui caractériseraient ces deuils résilients (Bonanno, Westphal, et Mancini, 2011 ; Freed et Mann, 2007). Il serait donc possible d'être parfois triste et de fonctionner tout de même normalement à travers cette épreuve, ce qui contraste avec la vision répandue de la tristesse comme une émotion liée à la faiblesse (Carlson, 2008 ; Fox, 2004 ; Hoover-Dempsey, Plas, et Wallston, 1986). En effet, la perception de la tristesse comme indésirable, comme un symptôme du deuil, est encore répandue (Forgas, 2014; Sedikides, Wildschut, Arndt, et

Routledge, 2006). Pourtant, des études récentes (Bonanno, Westphal, et Mancini, 2011 ; Freed et Mann, 2007) ont créé un regain d'intérêt pour tenter de comprendre la nature de cette tristesse liée à un deuil résilient. Bien que souffrante, cette tristesse serait tolérable. Elle serait différente de l'expérience dysphorique vécue dans un deuil pathologique, qui est ici nommée détresse (et qui sera définie plus tard), et de la dépression (Briand-Malenfant, Lecours et Deschenaux, 2010). Peu d'efforts ont été jusqu'à récemment mis en place pour comprendre et distinguer ces expériences affectives pourtant très différentes. Toutefois, la question se pose. La tristesse est-elle une conséquence néfaste de la perte, un artéfact de l'évolution, ou aurait-elle une fonction adaptative ? Le fait que les expériences affectives du deuil pathologique, la détresse et la dépression, soient plus difficiles à vivre, s'étendent sur une plus longue période de temps et soient aussi plus débordantes, indiquerait-il qu'elles sont moins adaptatives ? Ce serait en effet tomber dans un piège que de ne distinguer un deuil pathologique d'un deuil résilient que par la *quantité* d'expériences affectives vécues. Il est essentiel de considérer également leur *qualité* puisque la nature de ces expériences affectives est différente. Une meilleure définition de la nature et du rôle de la tristesse, de la détresse et de la dépression permettra donc d'établir un modèle théorique du deuil pathologique et du deuil résilient plus adapté aux connaissances émergentes.

2. Tristesse, détresse et dépression

La **tristesse** peut être définie comme un sentiment de souffrance interne qui survient lors de circonstances désagréables. En plus de se distinguer d'autres émotions souffrantes, elle s'en différencie par son origine, puisque sa source principale ne repose pas sur la responsabilité de la personne elle-même (culpabilité, honte) ou de quelqu'un ou

quelque chose d'autre (colère, peur) (Izard, 1991; Izard, 2000), mais tend à plutôt émaner de la perte de quelqu'un ou de quelque chose. Bien que désagréable à vivre, elle serait toutefois tolérable et ne comporterait pas de symptômes somatiques incapacitants comme dans la dépression (Briand-Malenfant et al., 2010; Izard, 1991). Depuis quelques années, un intérêt croissant est accordé au rôle adaptatif de la tristesse. Il semble que la tristesse aurait plusieurs avantages évolutifs et une utilité marquée dans le cadre d'un deuil, jouant notamment un rôle dans l'acceptation de la perte et l'adaptation à une nouvelle vie sans la personne perdue (Bonanno, 2010; Briand-Malenfant et al., 2010; Forgas, 2014; Welling, 2003). En effet, la tristesse permettrait à un individu de ralentir son rythme de vie et de prendre du temps seul, ce qui favoriserait un processus d'introspection qui permettrait de faire sens de la perte (Bonanno, 2010; Briand-Malenfant et al., 2010). Toutefois, ces bienfaits demeurent mal compris et la littérature sur le sujet ne fait que commencer à s'élargir, demeurant en marge des écrits sur les aspects pathologiques du deuil (Ciarrochi, Forgas et Mayer, 2006; Forgas, 2006; Forgas, 2014).

La **détresse**, quant à elle, serait plutôt une version débordante, intolérable et archaïque de la tristesse. En ce sens, elle en serait *qualitativement* distincte (Briand-Malenfant et al., 2010). Ce vécu affectif brut, peut être qualifié de *souffrance de perte anaclitique*, une forme de souffrance qui résulte d'une séparation non souhaitée, provoquée (volontairement ou non) par une figure d'attachement dont on ne peut prévoir le retour ou le moment du retour. Le terme « anaclitique » réfère ainsi au fait que la figure d'attachement est essentielle pour la personne, servant une fonction d'étayage (qui répond à un besoin de support structurant, d'appui sur l'autre). Cela peut être considéré comme pathologique et en décalage avec le développement normal, une fois la personne devenue adulte (Bergeret, 1970). La survie psychique de la personne dépend donc de

l'autre dans une relation anaclitique (Arieti et Bemporad, 1980). Ainsi, les affects liés à l'attente d'une réunion sont vécus comme intolérables, car l'autre n'est pas conçu comme étant « perdable », puisque la survie de l'individu en dépend. En ce sens, la détresse serait plus similaire à la panique que vit le bébé en état d'impuissance qu'à ce que ressentirait un adulte triste mais en paix avec la mort de son père, par exemple. On peut mettre cette souffrance de perte anaclitique en opposition à la *souffrance de perte normale* qu'on retrouverait dans la tristesse, sentiment douloureux mais tolérable qui implique que malgré la perte, la vie continue, que l'on survivra sans l'être aimé. L'autre est en ce sens « perdable ». La souffrance de perte anaclitique se manifesterait par des crises d'assez longue durée, pouvant comporter des pleurs intenses et non contenus, alors que la souffrance de perte normale se manifesterait davantage par vagues brèves et moins débordantes (Bonanno et Kaltman, 2001; Briand-Malenfant et al., 2010).

Chez la personne qui vit une souffrance de perte anaclitique, l'absence de capacité à accepter la perte aboutit éventuellement à un état de résignation, d'apathie et de désespoir, qui suivrait et mettrait un terme à la détresse, par un mécanisme d'extinction (American Psychiatric Association, 2013; Feather et Davenport, 1981; Freed et Mann, 2007; Watt et Panksepp, 2009). C'est ce « désespoir », mécanisme d'extinction de la détresse, qui est ici défini comme la **dépression**. Cette succession entre détresse et dépression est retrouvée dans la littérature du modèle de l'attachement, dans les phases de protestation et de désespoir que l'on observe chez les bébés (Freed et Mann, 2007). Comme la tristesse, la dépression survient souvent suite à une perte. Cependant, la dépression est un amalgame affectif complexe et pathologique, durable dans le temps, qui comporte également des symptômes somatiques et psychomoteurs handicapants,

contrairement à la tristesse (American Psychiatric Association, 2013; Izard, 1991; Lazarus, 1991).

Dans le présent modèle, la tristesse est une émotion tolérable, contenue. Elle peut être distinguée de la détresse et la dépression qui sont des expériences affectives non contenues. En ce sens, elles sont difficiles, voire impossibles à intégrer, ce qui peut faire en sorte qu'il est plus complexe d'en faire sens. Cela implique qu'elles soient plus présentes dans la sphère interpersonnelle, la personne étant agitée, pleurant beaucoup, étant en crise, ou complètement abattue, sans espoir, par opposition à une personne triste, capable d'une certaine retenue et d'un recul introspectif sur son émotion (Briand-Malenfant et al., 2010).

Donc, pour distinguer tristesse, détresse et dépression, le présent modèle emploie comme outil conceptuel essentiel la nature des expériences affectives du deuil comme étant modulées par la capacité de la personne à *contenir* le vécu affectif brut déclenché par la perte (ou son incapacité, qui implique le débordement) (Briand-Malenfant et al., 2010). En ce sens, cette capacité à contenir serait un prérequis à la capacité à mentaliser, la mentalisation étant la capacité à se représenter et comprendre les états mentaux de soi (et d'autrui, par extension) (Briand-Malenfant et al., 2010; Lecours, 2005; Lecours, 2016; Zisook et Shear, 2009). Une expérience dysphorique de perte, lorsque contenue et mentalisée, « deviendra » donc de la tristesse, alors que si la personne est incapable de la contenir, la mentalisation ne peut s'opérer et l'expérience dysphorique débordante « demeure » de la détresse, qui laissera éventuellement place à de la dépression. Ainsi, si les capacités de contention et de mentalisation ne sont pas suffisamment développées, on observe suite à la perte une réaction émotionnelle similaire à celle de l'enfant subissant une séparation dans sa relation d'attachement (détresse et désespoir/dépression).

Cette distinction dans le vocabulaire entre tristesse, détresse et dépression, n'est toutefois pas envisagée dans la littérature sur le deuil, et reflète la confusion par rapport au rôle et à la nature de ces expériences affectives. Par exemple, Welling (2003) ne fait pas la distinction entre tristesse et dépression lorsqu'il tente de cerner leur rôle adaptatif suite à une perte, ne différenciant pas les deux quant à leur caractère adaptatif ou pathologique, respectivement. La distinction entre tristesse et détresse, quant à elle, a à peine été abordée dans la littérature.

Cet article vise donc à combler une lacune importante en mettant en évidence le fait que l'expérience de tristesse, en tant qu'émotion adaptative, a été évacuée ou sous-appréciée dans les théories du deuil normal. La tristesse est habituellement vue comme indésirable et mal différenciée des affects dysphoriques non adaptatifs, même dans les modèles du deuil résilient comme celui des trajectoires du deuil de Bonanno et Kaltman (2001). En effet, dans ces modèles, le deuil est vu comme résilient simplement parce que la tristesse y apparaît moins fréquemment et durant moins longtemps, et non parce qu'une qualité de tristesse « productive » y est vécue. La résilience d'un deuil y est définie en fonction de la capacité d'une personne à bien fonctionner et à vivre un minimum de tristesse. Cette vision du deuil ne rend donc pas compte du rôle central de la tristesse dans le processus de deuil, comme pouvant en fait être utile, peut-être même nécessaire.

En plus de cette confusion dans la compréhension des expériences affectives et émotions liées au deuil, les modèles théoriques du deuil tendent à manquer de diversité dans leur bagage théorique. En effet, bon nombre de conceptualisations du deuil s'inspirent du modèle de l'attachement, en référant à l'analogie de la séparation du bébé et du parent mentionnée plus tôt (Freed et Mann, 2007). Bien qu'utile, cette analogie ne tient pas compte de la maturation des capacités de mentalisation, et ainsi des processus

émotionnels, de l'enfance à l'âge adulte. Il convient donc de réexaminer le modèle de l'attachement à la lumière du nouvel éclairage apporté à la tristesse, la détresse et la dépression, afin de proposer un modèle nouveau, qui rend compte de la complexité du phénomène.

3. Perte et attachement

Élaborée principalement par Bowlby (1980) et Ainsworth (Ainsworth et Bell, 1970), la théorie de l'attachement stipule qu'il existerait trois types d'attachement principaux : l'attachement sécure (70 % de la population), l'attachement anxieux (15 % de la population) et l'attachement évitant (15 % de la population). L'enfant ayant un attachement sécure vit un inconfort modéré lorsqu'il subit une séparation temporaire de sa figure d'attachement mais il est positif et joyeux à son retour. L'enfant évitant, quant à lui, est indifférent autant au départ de la figure d'attachement qu'à son retour : il ne vit donc pas de détresse manifeste. L'enfant anxieux est beaucoup plus affecté par le départ de sa figure d'attachement : il vit une détresse intense et il est hésitant ou même rejetant à son retour (Ainsworth et Bell, 1970).

Reis et Grenyer (2002) se sont attardés à observer les liens entre les types d'attachement décrits par Ainsworth et Bell (1970) et deux types de symptomatologie dépressive, ainsi que l'absence de symptômes de dépression. Ils se sont basés sur une distinction, récurrente dans la littérature, entre une symptomatologie dépressive anaclitique/dépendante (sociotropique, chez Beck [1976] anaclitique chez Blatt [1974], « dominant-other », chez Arieti et Bemporad [1980]), et introjective/indépendante (autonome, chez Beck [1976], introjective chez Blatt [1974], « dominant-goal » chez Arieti et Bemporad [1980]). Blatt décrit le type anaclitique comme lié à un sentiment

d'impuissance, de solitude et de peur de l'abandon (Blatt, 1995; Blatt, 2004). Par ailleurs, il caractérise le type introjectif comme lié à une tendance à l'autocritique, à l'automonitorage constant et à des buts irréalistes et inatteignables. Ces caractéristiques sont également retrouvées chez Arieti et Bemporad (1980), respectivement dans la dépression de type *dominant-other* et *dominant-goal*. Or, Reis et Grenyer (2002) ont observé un lien entre un type d'attachement sécure et une plus faible propension à la dépression. Selon eux, une corrélation existerait également entre une symptomatologie anaclitique et un type d'attachement anxieux, ainsi qu'entre une symptomatologie introjective et un type d'attachement évitant. Comme la symptomatologie introjective est davantage axée sur l'autocritique et les buts inatteignables, plutôt que sur le danger perçu de la perte de l'autre, la similitude est beaucoup plus marquée entre la symptomatologie dépressive anaclitique et les symptômes du deuil pathologique. Également, les prévalences se chevaucheraient : il y aurait 15 % d'individus ayant un type d'attachement anxieux, et 10-15 % de la population vivrait un deuil chronique suite à une perte (Ainsworth et Bell, 1970 ; Bonanno et Kaltman, 2001), ce qui ajoute à l'observation de Bowlby, qui liait les deuils chroniques à un attachement anxieux ou dépendant (Bowlby, 1980; Stroebe, Schut et Stroebe, 2005). Parkes aurait également observé un lien entre l'attachement anxieux et un deuil prolongé (Parkes, 2003; Stroebe et al., 2005). Aussi, l'état émotionnel que l'on observe dans les moments qui suivent la perte d'un proche chez les endeuillés pathologiques est similaire à la détresse que l'on retrouve chez les enfants anxieux lorsqu'ils sont séparés de leur figure d'attachement (Ainsworth et Bell, 1970; Briand-Malenfant et al., 2010; Freed et Mann, 2007).

4. Vers un modèle du deuil intégrant tristesse, détresse et dépression

La littérature semble suggérer que des deuils de nature différente, variant selon les circonstances de la mort, le type d'attachement et la personnalité de l'individu, entraînent des expériences affectives variant en *quantité*. Toutefois, la possibilité que ces expériences affectives soient de *qualité* différente est peu abordée (Briand-Malenfant et al., 2010). On retrouve cette confusion au cœur du débat non résolu que présentent Freed et Mann (2007). En effet, ceux-ci se questionnent à savoir si le fait de vivre de la tristesse supporte la personne dans son deuil, le facilitant ainsi, ou si cette tristesse serait au contraire un catalyseur pour la dépression. Pour définir le rôle de la tristesse, ils tentent de la situer dans l'une de deux phases qui suivraient la perte, une idée héritée du modèle de l'attachement, où l'enfant vit la séparation de la figure d'attachement en deux temps. La première serait la phase de protestation, où la personne vivrait une expérience affective et aurait des comportements similaires à ceux de l'enfant qui souhaite susciter la réunion avec sa figure d'attachement, protestant contre son départ (Panksepp, Knutson, et Burgdorf, 2002; Parkes, 2001; Shaver et Tancredy, 2001; Stroebe, Hansson, Stroebe, et Schut, 2001). Freed et Mann (2007) identifient ces épisodes de débordement comme étant des « pangs of grief », qui peuvent durer jusqu'à plusieurs heures. La deuxième phase serait celle du désespoir, où l'endeuillé cesserait ses comportements de protestation, voyant qu'il est incapable de provoquer le retour de la figure d'attachement, et tomberait dans un état d'inactivité marquée qui servirait d'extinction à la protestation. En lien avec ces deux phases, Freed et Mann (2007) présentent trois modèles théoriques proposés dans la littérature. Les auteurs de chacun de ces modèles assimilent leur conception respective de la tristesse à un rôle et une nature définie par la position qu'elle adopte, soit dans la phase de protestation ou dans la phase de désespoir (Freed et Mann, 2007).

Le modèle de soin (*caregiving*), proposé par Barr, Hopkins et Green (2000), place la tristesse dans la phase de protestation. Selon ce modèle, la tristesse aurait pour rôle de renforcer les relations en provoquant de l'empathie de la part des proches, qui pourraient ainsi prendre soin de la personne dans un moment de vulnérabilité, comme lors d'un deuil (Barr, Hopkins, et Green, 2000). Cependant, ce modèle a pour faiblesse de ne postuler aucune fonction intrapsychique à la tristesse, son pouvoir adaptatif ne reposant que sur le soutien reçu des proches et non sur l'expérience la personne elle-même (Freed et Mann, 2007). Le modèle de réunion, appuyé notamment par Archer (2003), Eisenberger et Lieberman, (2004), et Panksepp (2004), place également la tristesse dans la phase de protestation. Il lui donnerait toutefois un rôle intrapsychique, soit de générer une punition envers soi-même afin d'enseigner à la personne que la séparation des autres est douloureuse et dangereuse, et ainsi motiver des efforts de réunion. Cependant, cela impliquerait que la tristesse suivant le décès d'un proche, contrairement à une rupture par exemple, ne serait pas adaptative puisque la réunion ne serait pas possible. Seule la souffrance demeurerait (Freed et Mann, 2007). Le modèle de désengagement, soutenu par Freed et Mann (2007), situe plutôt la tristesse dans la phase de désespoir. La tristesse y serait une réalisation que la réunion ne serait plus possible, et favoriserait donc un détachement progressif de la personne (Freud, 1917; Klinger, 1975; Nesse, 2000). Ultimement, les souvenirs et affects négatifs liés à la perte seraient donc atténués, au profit de souvenirs et d'affects plus positifs liés à la personne. Cette idée s'apparente à la notion de travail de deuil (Freud, 1917) et plus spécifiquement au *sorrow-work* d'Arieti et Bemporard (1980). Selon Bleichmar (2010), ce travail est possible grâce à la fixation primaire, par opposition à la fixation secondaire. Dans la fixation primaire, l'individu est intériorisé avec succès car investi avant sa mort et la personne peut donc se détacher de la

présence concrète du défunt à travers le processus de deuil puisqu'elle « porte » la personne en elle (Abraham, 1924; Bleichmar, 2010). Dans le cas de la fixation secondaire, toutefois, la personne décédée est idéalisée après sa mort parce que l'endeuillé, dans son malheur et son sentiment de vide présents, crée une image d'une personne et d'un passé idéalisés n'ayant jamais existé comme tel, et restructure les souvenirs du passé en fonction du présent (Bleichmar, 2010). La perte du défunt, qui avait une fonction étayante, empêche le survivant d'avoir suffisamment d'énergie à investir dans de nouvelles activités et de nouvelles personnes, ce qui mène à la dépression et l'isolement. On retrouve ce mécanisme dans le deuil anaclitique, donc plus pathologique (Bleichmar, 2010).

Watt et Panksepp (2009) argumentent, par opposition à Freed et Mann (2007), que la dépression, et non la tristesse, serait le processus adaptatif servant d'extinction à la protestation, en évitant les dépenses d'énergie liés aux comportements de détresse. Freed et Mann (2007) stipulent plutôt que les affects négatifs chroniques sont rarement adaptatifs. En effet, l'avantage de tomber en dépression devrait être plus grand que les désavantages qu'elle entraîne, comme l'isolement, l'apathie et autres symptômes dépressifs, ce qui n'est pas le cas. La dépression ne serait donc pas adaptative en ce sens, car elle est trop coûteuse et comporte peu d'avantages comparativement au modèle de la tristesse par courts épisodes, qui est plus tolérable (Freed et Mann, 2007).

Bien que Freed et Mann (2007) attribuent une fonction plausible à la tristesse en tant que telle, leur insistance à vouloir situer la tristesse dans un modèle binaire de protestation ou désespoir hérité du modèle d'attachement est questionnable. En effet, le modèle d'attachement semble bien expliquer la réaction de perte en la comparant à celle de séparation *chez l'enfant*, qui par ailleurs n'a pas encore développé une capacité à

contenir les affects bruts débordants provoqués par la séparation. Pourtant, un individu ayant traversé un développement normal, qui a appris à contenir ses émotions et à les mentaliser, a un vécu qualitativement différent. On peut donc qualifier de deuil *pathologique* chez l'adulte un deuil qui serait calqué sur les aspects de protestation et de désespoir du modèle de l'attachement, car ce deuil implique des lacunes développementales, notamment dans la capacité de contenance, et une souffrance trop grande pour être jugée normale. En ce sens, l'idée de Watt et Panksepp (2009), qui proposent que la dépression éteindrait le comportement de protestation pour économiser de l'énergie, serait valide mais seulement dans le cas de deuils pathologiques, donc en l'absence de la capacité à accepter la perte.

Un deuil résilient se situerait donc en dehors de cette conceptualisation. En ce sens, le modèle de Freed et Mann (2007) doit être revu, puisque la tristesse qu'ils tentent de placer dans le modèle de l'attachement, est une tristesse saine, mature, contenue. Celle-ci se retrouve dans la majorité de la population adulte, comme le suggèrent Bonanno et Kaltman (2001), qui observent la présence de tristesse dans les deuils résilients. Notons au passage que dans ce type de deuils, Bonanno et Kaltman ne semblent pas faire état de la présence de ce qui semblerait s'apparenter à de la détresse ou à une dépression. Ce serait donc plutôt la tristesse qui viendrait par épisodes de quelques minutes, se présentant par oscillations (Bonanno, Goorin et Coifman, 2008). On peut ainsi dire du modèle de Freed et Mann (2007) qu'il a le défaut d'utiliser le modèle d'attachement comme prémisse à la conceptualisation du deuil et d'évacuer la notion de capacité de contenance en comparant le survivant du deuil à un nourrisson qui ne sait pas encore nommer et tolérer son vécu affectif brut. Le but n'est pas ici d'évacuer la théorie d'attachement du modèle, mais bien de s'opposer à son application normative, qui

expliquerait tous les deuils.

Un continuum, caractérisé par une plus ou moins grande capacité à contenir ce vécu affectif brut, existerait donc plutôt entre deux extrêmes. D'un côté, il y aurait un deuil résilient où la tristesse viendrait par vagues, et de l'autre côté un deuil pathologique, où la dépression viendrait servir d'extinction à une détresse débordante et coûteuse en énergie, comme le stipulent Watt et Panksepp (2009). Ces derniers font toutefois l'erreur de normaliser ce processus qui serait plutôt pathologique. Un modèle en continuum, tel que proposé ici, demeure compatible avec l'idée de Freed et Mann (2007) selon laquelle la tristesse a pour fonction d'aider à réaliser et accepter que le lien ne peut être restauré. Au contraire, la protestation (détresse), où la personne souhaite la réunion alors qu'elle est impossible, suivie du désespoir (dépression), où la personne renonce à agir pour investir d'autres sphères de vie par sentiment d'impuissance, prendrait le pas sur la tristesse. Cela se produirait lorsque la personne n'a pas les capacités à contenir l'affect provoqué par la perte. Cette capacité à contenir et, par extension, la qualité du deuil dépendraient de plusieurs facteurs liés notamment à la structure de personnalité, au développement, aux circonstances de la mort, à la relation entre l'endeuillé et le défunt et aux capacités de mentalisation de l'endeuillé.

Comme il s'agit d'un modèle en continuum, il existe une infinité de possibilités de types de deuil entre ces deux extrêmes. Une personne pourrait par exemple vivre une certaine détresse, étant débordée à cause du stress exacerbé de l'annonce de la mort, puis se ressaisir et retourner dans la tristesse pour éventuellement faire sens de la mort après un certain temps. Il est également possible que la personne se dissocie de son vécu ou nie la mort de la personne, dans lequel cas le processus de deuil se manifesterait plus tard par exemple. Comme il s'agit d'un phénomène complexe et idiosyncratique, reposant sur

plusieurs variables, il existe autant de deuils que de pertes différentes, mais ce modèle aide à tracer des repères quant à ce qui est résilient et ce qui est pathologique, et quant aux processus affectifs qui y sont associés.

5. Le deuil pathologique

5.1 Description du deuil pathologique

La tristesse adaptative, bien mentalisée, s'acquerrait dans le cadre d'un développement normal, où les habiletés de mentalisation seraient transmises par les figures d'attachement (Allen, Fonagy, et Bateman, 2008; Briand-Malenfant et al., 2010). En l'absence de cet apprentissage, le développement de la capacité à nommer et s'approprier ses émotions serait compromis, une condition nommée alexithymie (Taylor, 1984). L'alexithymie peut être définie comme un déficit cognitif résultant en une difficulté à identifier et exprimer ses émotions. Elle est habituellement associée à un mode de pensée orienté vers la réalité externe, par opposition à la réalité interne (Lecours et Bouchard, 2011 ; Taylor, Bagby et Parker, 1997). Cette incapacité à reconnaître l'émotion et le besoin qui y est associé implique une impasse : puisque l'organisme est incapable d'identifier le vécu affectif brut, il ne sait quoi en faire. Ce contenu n'est donc pas traitable (Briand-Malenfant et al., 2010). C'est ce qui se produit dans le cas de la perte chez les personnes qui vivent un deuil pathologique. La détresse, qui a pour fonction évolutive de susciter le retour de la figure d'attachement pour lui signaler un besoin (besoin de sa présence pour se sentir sécurisé et rassuré, besoin d'être nourri, besoin de comprendre et se représenter ce que l'on vit, etc.) (Soltis, 2004), n'est plus adaptée lorsque la personne ne peut revenir le combler parce qu'elle est décédée.

Ces comportements d'impuissance apparaissent dès les premiers moments suivant

la perte et sont équivalents à ceux du bébé à l'attachement anxieux lorsqu'il vit une séparation (Blatt, 1995; Blatt, 2004; Reis et Grenyer, 2002). Ainsi, la personne qui ne peut ni mentaliser son émotion, ni recruter la figure d'attachement qui la contiendrait pour elle, ne peut vivre un deuil résilient puisqu'elle ne peut même pas se représenter la perte, n'arrivant pas à la tolérer, la contenir assez longtemps pour le faire. Elle doit donc la rejeter dans la sphère interpersonnelle via des comportements de détresse, la seule façon de fonctionner qu'elle connaisse.

Ainsi, la personne vit une relation « narcissique » avec le défunt avant sa mort, c'est-à-dire une relation où ce dernier est utilisé pour maintenir l'estime de soi, le sens de soi, ou un sentiment de sécurité de base. Comme l'autre n'existe que pour sa fonction de remplir un besoin, il n'est pas traité comme une personne à part entière puisque cela impliquerait d'admettre que la personne ne peut ou ne veut pas toujours répondre au besoin de façon optimale et constante, ayant sa propre vie à vivre, alors que cette réponse aux besoins est jugée essentielle. En effet, une personne ayant des capacités de mentalisation limitées a besoin de recruter une figure d'attachement comme support externe pour l'estime de soi et le maintien du fonctionnement (Arieti et Bemporad, 1980), ne pouvant fonctionner sans une telle « béquille » (Bleichmar, 2010). Arieti et Bemporad (1980) qualifient cette figure d'« autre dominant » (*dominant-other*) : une personne fait une entente imaginaire avec ce proche, lui accordant le pouvoir de donner ou de retirer des gratifications de l'estime de soi. En échange, il cherche un support quasi-constant de la part de cette autre personne qui acquiert donc une fonction d'étayage. La satisfaction, dans cette relation anaclitique, est tirée du fait de plaire pour ne pas être abandonné par cet « autre dominant » (Arieti et Bemporad, 1980). La perte de cette personne impliquerait donc de ne plus avoir cette source de gratification et la structure qui vient

avec le rôle d'étayage qu'elle remplissait, ce qui rend le deuil et le fonctionnement difficile. Ultiment, aucun travail de mentalisation ne peut se faire puisque l'autre, qui servait de contenant et de miroir, n'est pas « porté » à l'intérieur de la personne, ce qui fait que la personne n'a pas non plus intégré les capacités de reconnaissance et de contention des émotions que l'autre fournissait. Incapable de mentaliser sa tristesse, la perte ne peut être traitée, acceptée, et c'est la détresse, dysphorie brute et non mentalisée, qui se manifeste.

Alors que la tristesse tend à diminuer ou disparaître avec l'acceptation et la découverte d'un sens à la perte via le *sorrow-work*, les choses sont différentes dans un deuil pathologique. En effet, la dépression, qui vient servir de mécanisme d'extinction à la détresse, trop coûteuse en énergie (Watt et Panksepp, 2009), n'a pas tendance à disparaître aussi aisément puisqu'elle est en soi une entrave à la capacité d'accepter la perte (Arieti & Bemporad, 1980) : la personne dépressive est convaincue que cet état durera pour toujours et qu'aucune autre possibilité n'existe pour elle. Selon Arieti et Bemporad (1980), l'individu dépressif de type anaclitique a donc malgré lui dangereusement réduit ses sources de sens et de gratification, au point de ne les tirer que de cette figure d'attachement, et manque de modes de pensée alternatifs qui lui éviteraient de sombrer davantage dans la dépression. Cet état de désespoir peut s'apparenter à la résignation acquise, où la personne se sent impuissante face aux événements et cesse d'investir les autres sphères de sa vie et d'avoir un sentiment d'agentivité (Beck et Greenberg, 1984). Selon Seligman (1975), cette impuissance face à la situation est cause de dépression.

Le diagnostic à l'étude de trouble du deuil complexe persistant proposé par les auteurs du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) comporte des symptômes

similaires aux réactions de détresse et de désespoir, telles que décrites dans le modèle présenté ici. Il est cependant nécessaire de souligner la grande variabilité interindividuelle dans ces symptômes, qui peuvent dépendre de variables comme la nature de la relation, les circonstances de la mort et la personnalité du survivant. Ainsi, les symptômes peuvent s'organiser davantage autour du déni de la mort de la personne, d'un débordement, de la confusion identitaire résultant de la perte, de la difficulté à s'intéresser à ses proches et ses activités, d'une humeur dépressive persistante, du sentiment de solitude, de manque de sens et/ou encore de l'évitement de tout ce qui touche aux souvenirs liés au défunt, entre autres (American Psychiatric Association, 2013). Malgré le manque de spécificité du modèle proposé dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) et l'impact incertain d'obtenir un diagnostic ratissant aussi large sur le plan de traitement (Rando et al., 2012), il reste pertinent d'observer que ce modèle, bien qu'encore mal défini et ne précisant pas le décours temporel par rapport à la succession de la détresse et du désespoir, tire des conclusions similaires quant à la nature (et donc la qualité), la fréquence (plus élevée) et la durée (plus longue) des réactions à la mort d'un être cher dans le deuil pathologique. La différence est donc marquée entre ce qui y est décrit et la tristesse plus saine observée par courtes vagues dans un deuil résilient.

5.2 Illustration d'un deuil pathologique : vignette

Pour illustrer le deuil pathologique tel que décrit dans ce nouveau modèle, prenons le cas d'une femme dans la quarantaine, en retour progressif au travail dans le milieu de la santé, qui a de la difficulté à réintégrer son emploi. Son nom a été changé pour Florence afin d'assurer son anonymat. Elle participe à une entrevue semi-structurée dans le cadre d'une étude sur le deuil (Couët-Garand et Lecours, 2018), ayant perdu sa mère récemment. Les données n'ont pas été retenues pour ladite étude qualitative, étant

donné son score élevé au BDI-II (Beck, Steer, et Brown, 1996), indiquant des symptômes de dépression « sévère », ce qui était un critère d'exclusion pour la participation. Elle a un diagnostic de trouble de personnalité limite et suit un traitement incluant la prise d'antidépresseurs, d'anxiolytiques et d'antipsychotiques. Elle a effectué plusieurs suivis en psychothérapie par le passé.

Florence dit vivre plusieurs symptômes dépressifs depuis quelques semaines avant l'entrevue : elle a de la difficulté à prendre des décisions, pleure fréquemment, dort presque toute la journée et a de la difficulté à s'endormir, se sent fatiguée, est irritable, a de la difficulté à travailler et à se concentrer sur une tâche, a perdu l'appétit, n'a plus de plaisir à s'adonner à ses activités, se sent triste, déçue envers elle-même et vide, et peine à effectuer ses tâches quotidiennes. Une période de détresse aigüe où elle pleurait presque toute la journée, tous les jours, s'était récemment terminée au moment de l'entrevue.

Sa mère est décédée quelques mois auparavant, d'une maladie dégénérative rare, le diagnostic ayant été posé il y a quelques années. Elle dit avoir d'abord été très en colère, à la fois contre les médecins, contre sa mère qu'elle considère comme l'ayant abandonnée, et contre Dieu de lui avoir enlevé sa mère. Pour elle, « tristesse » et colère viennent ensemble.

Je garochais des affaires là, j'étais chez nous pis j'étais « t'es pas fine, tu m'as abandonnée. » Ah, ouin, moi elle m'a carrément abandonnée, là. Pis là on me disait : « ta mère elle a de la peine en haut, laisse-la partir. » C'est vrai je la laissais pas partir parce qu'elle avait pas d'affaire à s'en aller. Elle m'a abandonnée, complètement laissée toute seule. Je suis pas toute seule, mais j'étais tellement son petit bébé que oui je me sens toute seule t'sais, mais l'intensité quand je pleure est ...

Ainsi, par son refus de la « laisser partir », on peut croire que Florence n'arrive pas à accepter la perte, et donc à « porter en elle » une représentation interne de sa mère.

On peut donc constater son incapacité à accepter et faire sens de la perte, comme si elle confondait son décès avec un abandon volontaire de la part de sa mère. Elle dit avoir eu davantage de comportements d'achats impulsifs au début du deuil, et avoir pleuré tous les jours, durant presque toute la journée, pendant plus d'un mois. Florence aurait également dormi avec la couverture que sa mère utilisait et elle porterait encore régulièrement ses vêtements, ce qui supporte également l'hypothèse où elle se raccroche à des manifestations externes de sa mère (relation anaclitique), plutôt qu'à sa représentation interne. Dans l'extrait suivant, on voit la détresse aiguë manifestée par Florence suite au décès de sa mère :

Imagine ... pendant un mois j'ai braillé à tous les jours. Tous les jours, je pleurais « je veux ma mère, je veux ma mère, veux ma mère. » Écoute, c'était, c'était, c'était, mais ... pleurer là des, aaah fort là, fort. (...) Euh, elle me manque trop. J'ai, j'ai, j'ai besoin de conseils là, là là. Qu'est-ce que je fais [dans la quarantaine] de ma vie? T'sais, on... Ma, ma mère, elle coupait pas le cordon avec moi. C'est un lien uni là, mais là en partant t'sais elle a coupé le cordon, mais moi je fais quoi ? T'sais comme ... ok, 'est partie, je fais quoi moé ?

Malgré ses multiples symptômes prononcés de dépression, quelques mois après la perte, Florence affirme ne pas savoir si elle est en dépression, signalant une carence en capacités de mentalisation, puisqu'elle a de la difficulté à se représenter ce qu'elle vit. Lorsque questionnée sur la façon dont elle envisage le futur, elle dit ne pas savoir comment les choses se passeront. Elle affirme se sentir dans le noyau de son deuil et ressentir un besoin de punir sa mère. En ce sens, on peut voir dans cette vignette l'illustration d'un deuil pathologique tel que décrit dans le modèle présenté ici. En effet, Florence, suivant le décès, est d'abord dans un état de protestation, caractérisé par une détresse aiguë et des états affectifs débordants, où elle réclame le retour de sa mère,

comme l'enfant qui pleure lors d'une séparation. Puis, elle entre dans un état de désespoir, où elle vit des symptômes sévères de dépression, qui viennent mettre fin à la phase initiale de protestation et qui ne peuvent pas provoquer le retour de la défunte. Dans cet état de désespoir, elle vit une forme d'abattement où elle perd sa capacité à se mobiliser et à trouver un sens puisque son équilibre s'appuyait sur l'autre, qui servait de support externe, le « cordon n'ayant jamais été coupé ». Dans cette image forte, on voit que c'est l'autre qui est source de vitalité et de gratification, et que sans elle, Florence ne peut digérer la perte et retourner à une vie normale. Les expériences affectives qu'elle vit semblent mal mentalisées, difficiles, voire impossibles à tolérer et à contenir, et aucune résolution de cet état pathologique ne semble pour l'instant envisageable pour elle.

6. Le deuil résilient

6.1 Description du deuil résilient

Dans un deuil résilient, on ne retrouverait pas les phases distinctes typiques du deuil pathologique, soit la protestation suivie par le désespoir. Plutôt, on y verrait des oscillations entre un fonctionnement normal et des épisodes de tristesse de quelques minutes, qui deviendraient de plus en plus rares et courtes avec le temps (Bonanno et Kaltman, 2001). La tristesse véritable, qui est bien mentalisée, aurait pour fonction de permettre, via l'introspection, de prendre le temps pour réaliser et accepter la mort de la personne, donc de s'en détacher (Arieti et Bemporad, 1980; Bonanno, 2010; Freed et Mann, 2007; Welling, 2003). Cela arriverait par vagues d'émotions bien contenues, qui seraient courtes pour que la personne puisse continuer à investir le monde, les autres et ses activités, contrairement à la détresse où le débordement paralyse l'activité, ou à la dépression où la personne se retire et désinvestit d'autres sphères de sa vie (Beck et

Greenberg, 1984; Seligman, 1975). La personne fonctionnerait donc bien dans sa vie quotidienne, profiterait de ses moments de solitude pour faire une introspection nécessaire au processus de deuil, puis finirait par se remettre, bien qu'une certaine tristesse puisse être présente lorsqu'elle pense à la personne défunte (Bonanno et Kaltman, 2001; Bonanno, 2010).

Citons également le cas plus rare de certaines personnes chez qui le deuil résilient pourrait également être synonyme d'une quasi-absence de tristesse, la personne pouvant simplement fonctionner normalement et/ou vivre des moments de joie (Bonanno et Kaltman, 2001). Bien que certains de ces deuils soient en fait des deuils pathologiques (déni du deuil) où les symptômes ressurgiront plus tard, certaines personnes ne semblent vivre que très peu de symptômes ou d'émotions désagréables liées au deuil. Aucun appui empirique n'a à ce jour été apporté à la thèse affirmant qu'il ne serait pas adapté de ne pas ou presque pas vivre de tristesse (Zisook et Shear, 2009). Si la tristesse est bel et bien nécessaire au travail de deuil, aucune hypothèse n'a cependant été faite quant à la quantité et l'intensité minimales nécessaires. Chez certaines personnes, comme lorsque le deuil est anticipé depuis longtemps à cause d'une maladie dégénérative mortelle par exemple, il est possible d'émettre l'hypothèse que le travail de deuil se fait avant la mort, ou en très peu de temps après la perte. Il semble dans tous les cas que l'hypothèse la plus plausible est que même si les manifestations de la tristesse sont minimales, que l'expression en est limitée, ou que la personne n'est pas en mesure de reconnaître les manifestations de sa tristesse, une forme quelconque de tristesse soit vécue, aussi peu étendue dans le temps et souffrante soit-elle. Des investigations ultérieures sur la question seront toutefois nécessaires pour répondre à ce questionnement.

6.2 Illustration d'un deuil résilient : vignette

Pour illustrer le deuil résilient tel que décrit dans le modèle, prenons le cas d'une femme dans la cinquantaine, travaillant comme massothérapeute, dont le nom a été changé pour Mélanie pour assurer son anonymat. Elle n'a pas de diagnostic psychologique et ne prend pas de médication. Elle participe également à une entrevue semi-structurée dans le cadre d'une étude sur le deuil (Couët-Garand et Lecours, 2018), ayant perdu son père récemment. Son score au BDI-II (Beck, Steer, et Brown, 1996) indique la présence de symptômes « minimales » de dépression, la catégorie la moins sévère. Elle est présentement dans un processus de psychothérapie à long terme. Elle est en relation amoureuse depuis plusieurs années. Elle vit une tristesse plus fréquente depuis la perte, ce qu'elle juge normal, étant donné le deuil à faire. Outre cette tristesse et une plus grande difficulté à prendre des décisions, ainsi qu'un ralentissement psychomoteur léger, elle ne rapporte pas de symptômes dépressifs.

Mélanie confie avoir vécu plusieurs deuils dans les dernières années et vivre plusieurs événements difficiles dans le moment, mais elle semble résiliente et dit fonctionner normalement malgré tout. Son père, décédé des suites d'une maladie, était un homme âgé avec qui elle dit avoir eu des moments de grande complicité et de proximité. Elle affirme cependant qu'ils ne se sont pas souvent vus durant une bonne partie de sa vie à cause de la distance géographique, de sa mauvaise relation avec sa belle-mère et de la tendance de son père à être très occupé.

Dans les jours qui ont suivi le décès, elle dit avoir « mis la grosse tristesse de côté » afin de s'assurer que toutes les tâches liées au décès étaient complétées. Puis, elle aurait vécu beaucoup de tristesse, venant par moments. En effet, elle dit ne pas pleurer sans cesse, mais plutôt par courts épisodes, déclenchés surtout lorsque quelque chose fait

écho à son père ou à de la tristesse en général.

C'est pas en continu, mais ouais y'a par moments qu'elle est vraiment là et pis y'a d'autres moments où c'est, bon elle est plus de côté et pis après ça s'remet en route.

Mélanie est capable de nommer et d'accepter sa tristesse, indiquant de bonnes habiletés de mentalisation et de tolérance des émotions. Elle a une attitude positive face à cette tristesse : elle dit avoir hâte que son deuil se termine, mais que la tristesse lui fait du bien malgré tout. Elle manifeste avoir parfois l'envie de ne voir personne et de rester seule ou avec son conjoint, sans que ce retrait ne devienne source d'isolement et d'apathie.

J'pleure beaucoup. Ben, pas vraiment envie de voir personne. Mais plus dans l'sens euh ... pas dans l'sens déprimée, mais plus dans l'sens de l'introvertie qui, qui veut rester toute seule quoi.

Mélanie dit donc tolérer la tristesse, se donner le droit d'ignorer le monde externe pendant cette période, et en profiter pour prendre soin d'elle. Elle affirme également se donner davantage le droit de demander de l'aide aux autres pendant son deuil.

Son fonctionnement au travail semble peu altéré. En effet, elle dit être capable de se centrer sur la tâche lorsqu'un client se présente. Enfin, elle reconnaît que le deuil soit difficile mais elle a confiance que les choses se replaceront avec le temps qui passe, même si elle ne se fait pas d'illusions quant au fait que tout ne redeviendra pas tout à fait comme avant. Cette vignette illustre donc comment une personne vit un deuil résilient : par une tristesse contenue, tolérable et venant par vagues de courte durée, entre lesquelles elle fonctionne normalement. On ne retrouve dans l'exemple de Mélanie aucune détresse ni dépression; la séquence d'une phase de protestation suivie par une phase de désespoir ne s'applique donc pas. Ceci ne veut pas dire qu'il n'y ait aucune souffrance dans la forme de tristesse qu'elle vit, elle est simplement plus facilement contenue et mentalisée.

7. Implications cliniques

La question « le deuil est-il une maladie ? » (Engel, 1961; Zisook et Shear, 2009) n'aurait donc pas de réponse simple. En effet, un deuil peut susciter un état dépressif dans une minorité de cas (Bonanno et Kaltman, 2001). Dans la majorité des cas, cependant, le deuil est un processus tolérable, même si parfois douloureux et difficile à vivre (Briand-Malenfant et al., 2010). Aussi, il n'existe pas deux deuils qui soient identiques (Bonanno et Kaltman, 2001).

Toutefois, bien que tous les deuils soient uniques et dépendent d'une multitude de facteurs (personnalité, culture, âge, expériences de perte passées, lien avec la personne, circonstances de la mort, degré de préparation à la mort, etc.) (Zisook et Shear, 2009), il semble qu'il soit possible de les situer dans le spectre de ce modèle en continuum entre un deuil résilient et un deuil pathologique. Le deuil résilient, bien que souffrant, est habituellement tolérable et ne requiert pas de traitement puisque, contrairement au deuil pathologique, la personne y est capable de réguler sa tristesse, seule ou avec un peu de soutien social (Briand-Malenfant et al. 2010; Zisook et Shear, 2009). Aussi, cette tristesse est vécue comme ayant un sens et étant nécessaire et tolérable, même si elle est désagréable (Couët-Garand et Lecours, 2018).

Dans le deuil pathologique, on peut plutôt observer un déficit dans les capacités de régulation émotionnelle. Dans une perspective clinique, ce déficit peut nécessiter un traitement puisque la dépression peut potentiellement se prolonger durant plusieurs mois (Briand-Malenfant et al., 2010 ; Zisook et Shear, 2009). Ainsi, la personne souffrant d'un deuil pathologique pourrait profiter d'une thérapie où elle développerait une capacité à tolérer et mentaliser ses affects dysphoriques débordants (Fonagy et Bateman, 2008). Le thérapeute aiderait la personne à contenir ces expériences intolérables, ce qui faciliterait

la tâche d'accepter et faire sens de la perte (Briand-Malenfant et al., 2010; Casement, 1985; Winnicott, 1989). Les affects dysphoriques qui ne sont pas contenus par la personne seraient donc partiellement identifiés et traités en séance, en présence du thérapeute et avec son aide (Briand-Malenfant et al., 2010). Il est donc important pour le thérapeute de savoir différencier les qualités distinctes des expériences affectives et émotions qui suivent la perte, puisque le traitement sera orienté en conséquence. Un thérapeute en présence d'une personne vivant de la tristesse aura davantage à interpréter le matériel émotionnel et sa signification, alors qu'en présence d'une personne en détresse, il devrait davantage contenir l'affect et éventuellement aider à tolérer la perte (Briand-Malenfant et al., 2010; Casement, 1985; Lecours, 2016; Winnicott, 1989).

8. Conclusion

En somme, le modèle présenté ici attribue à la tristesse le même rôle que le font Freed et Mann (2007) dans leur modèle de désengagement. Ceux-ci stipulent en effet qu'elle aide à se détacher du défunt et donc accepter la perte. Toutefois, le fait de postuler que la tristesse se situerait dans la phase de désespoir, suite à une phase de protestation, est questionnable (Freed et Mann, 2007). Cette séquence protestation-désespoir serait plutôt présente dans les deuils pathologiques seulement, où l'on trouverait respectivement la détresse et la dépression. Dans les deuils résilients, c'est plutôt la tristesse qui serait présente et qui viendrait par vagues de quelques minutes plutôt que par périodes plus longues. La tristesse aurait pour fonction d'aider à accepter la perte, et donc d'en faire sens, alors que la dépression serait le mécanisme d'extinction et de désinvestissement pathologique suivant les comportements d'impuissance face à la séparation intolérable de l'être aimé qui avait une fonction d'étayage pour la personne (Arieti et Bemporad, 1980;

Bonanno, 2010; Freed et Mann, 2007; Watt et Panksepp, 2009; Welling, 2003).

Les contributions de ce nouveau modèle à la compréhension du deuil et des expériences affectives liées à la perte sont multiples. Ainsi, il ajoute au modèle de Briand-Malenfant (Briand-Malenfant et al., 2010) qui vise à distinguer détresse et tristesse, en ajoutant une distinction avec la dépression et en intégrant et en positionnant ces émotions et expériences affectives dans le contexte spécifique d'un modèle du deuil. Il ajoute également aux contributions de Lecours (2016) quant aux liens entre capacités de mentalisation et qualités de souffrance, en mettant en lien les rapports entre ces niveaux de souffrance (agonie, détresse et tristesse) et la perte dans le cadre du deuil. Une autre de ses contributions majeures est d'aider à démanteler l'application normative du modèle d'attachement dans le deuil qui est régulièrement pris pour acquis dans la littérature comme prémisse sous-tendant tout deuil. Finalement, il propose une nouvelle configuration du deuil qui se dégage des modèles de l'attachement, du travail de deuil freudien et des modèles par stades, qui sous-tendent la vaste majorité des explications du deuil, sans qu'ils suffisent pourtant à la fois à décrire, situer et comprendre tous les processus associés à la perte.

RÉFÉRENCES

- Abraham, K. (1924). A short story of the development of the libido, viewed in the light of mental disorders. *K. Abraham: Selected papers on psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Ainsworth, M. D. S., et Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child development*, 49-67.
- Allen, J. G., Fonagy, P., et Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Pub.
- Archer, J. (2003). *The nature of grief: The evolution and psychology of reactions to loss*. Routledge.
- Arieti, S., et Bemporad, J. R. (1980). The psychological organization of depression. *The American Journal of Psychiatry*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Bacqué, M. F. (2007). *L'un sans l'autre - Psychologie du deuil et des séparations*. Larousse.
- Barr, R. G., Hopkins, B., et Green, J. A. (2000). *Crying as a sign, a symptom, and a signal: Clinical, emotional and developmental aspects of infant and toddler crying* (No. 152). Cambridge University Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York.
- Beck, A. T., et Greenberg, R. L. (1984). Cognitive therapy in the treatment of depression. In *Foundations of cognitive therapy* (pp. 155-178). Springer US.
- Beck, A. T., Steer, R. A., et Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory.

- Bergeret, J. (1970). Les états limites. *Rev Fr Psychanal*, 34, 601-633.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The psychoanalytic study of the child*, 29(1), 107-157.
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American psychologist*, 50(12), 1003.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. American Psychological Association.
- Bonanno, G. A. (2010). *The other side of sadness: What the new science of bereavement tells us about life after loss*. Basic Books.
- Bonanno, G.A., Goorin, L., et Coifman, K.G. (2008). Sadness and Grief, dans M. Lewis, J. Haviland-Jones, et L.F. Barrett (dir.), *Handbook of Emotions* (3rd ed., p.797-810), New York, États-Unis : Guilford Press.
- Bonanno, G. A., et Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical psychology review*, 21(5), 705-734.
- Bonanno, G. A., Westphal, M., et Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual review of clinical psychology*, 7, 511-535.
- Bourgeois-Guérin, V. (2015). Deuil ou dépression ? Réflexion critique sur la définition de la dépression du DSM 5. *Frontières*, 26(1).
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss*. New York, États-Unis : Basic Books.
- Briand-Malenfant, R., Lecours, S., et Deschenaux, E. (2010). La capacité d'être triste: implications pour la psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, 30(4), 191-201.
- Briand-Malenfant, R., Lecours, S., et Deschenaux, E. (2012). What does sadness mean to BPD patients? *Journal of personality disorders*, 26(6), 939-955.

- Carlson, M. (2008). I'd rather go along and be considered a man: Masculinity and bystander intervention. *The Journal of Men's Studies*, 16(1), 3-17.
- Casement P. (1985) : *À l'écoute du patient*. Paris, PUF.
- Ciarrochi, J. V., Forgas, J. P., et Mayer, J. (2006). Emotional intelligence: A scientific approach.
- Couët-Garand, A., et Lecours, S. (2018) Une investigation phénoménologique d'une forme adaptative de tristesse chez des adultes vivant un deuil résilient suite à la perte d'un parent. Manuscrit à soumettre pour publication.
- Eisenberger, N. I., et Lieberman, M. D. (2004). Why rejection hurts: a common neural alarm system for physical and social pain. *Trends in cognitive sciences*, 8(7), 294-300.
- Engel, G. L. (1961). Is Grief a Disease?: A Challenge for Medical Research. *Psychosomatic medicine*, 23(1), 18-22.
- Feather, N. T., et Davenport, P. R. (1981). Unemployment and depressive affect: A motivational and attributional analysis. *Journal of personality and social psychology*, 41(3), 422.
- Forgas, J. P. (Ed.). (2006). *Affect in social thinking and behavior*. New York: Psychology Press.
- Forgas, J. P. (2014). Can Sadness Be Good for You?: On the Cognitive, Motivational, and Interpersonal Benefits of Negative Affect. *The Positive Side of Negative Emotions*, 3-36.
- Fox, K. (2004). The Kleenex® for Men Crying Game Report: a study of men and crying. *Social Issues Research Centre, September Notes*.

- Freed, P. J., et Mann, J. J. (2007). Sadness and loss: Toward a neurobiopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 28-34.
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. Standard Edition (Vol. 14, pp. 237-258).
- Granek, L. (2010). Grief as pathology: The evolution of grief theory in psychology from Freud to the present. *History of Psychology*, 13(1), 46.
- Hoover-Dempsey, K. V., Plas, J. M., & Wallston, B. S. (1986). Tears and weeping among professional women: In search of new understanding. *Psychology of Women Quarterly*, 10(1), 19-34.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., et Stinson, C. H. (2003). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Focus*, 1(3), 290-298.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. Springer Science et Business Media.
- Izard, C.E. (2000) : Sadness, in : A. E. Kazdin (Ed.) : *Encyclopedia of Psychology*, Vol. 7 (pp. 137-138). New York, Oxford University Press.
- Jacobson, E. (1971). Depression. New York, International Universities Press.
- Klinger, E. (1975). Consequences of commitment to and disengagement from incentives. *Psychological review*, 82(1), 1.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press on Demand.
- Lecours, S. (2001). Mentalisation des affects et dépression. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 5(49), 43-48.
- Lecours, S. (2005). Niveaux de fonctionnement mental et psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, 2(25), 91-100.
- Lecours, S. (2016). Niveaux de mentalisation de la souffrance en clinique : agonie, détresse, et tristesse adaptative. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 235-257.

- Lecours, S., et Bouchard, M. A. (2011). Verbal elaboration of distinct affect categories and BPD symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 26-41.
- Lobb, E. A., Kristjanson, L. J., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, G. K., et Davies, A. (2010). Predictors of complicated grief: A systematic review of empirical studies. *Death Studies*, 34(8), 673-698.
- Nesse, R. M. (2000). Is depression an adaptation ? *Archives of General Psychiatry*, 57(1), 14-20.
- Panksepp, J. (2004). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford university press.
- Panksepp, J., Knutson, B., et Burgdorf, J. (2002). The role of brain emotional systems in addictions: a neuro-evolutionary perspective and new 'self-report' animal model. *Addiction*, 97(4), 459-469.
- Parkes, C. M. (2001). A historical overview of the scientific study of bereavement.
- Parkes, C. M. (2003). Attachment patterns in childhood: Relationships, coping and psychological state in adults seeking psychiatric help after bereavement. Unpublished manuscript.
- Rado, S. (1928). The problem of melancholia. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 9, 420.
- Rando, T. A., Doka, K. J., Fleming, S., Franco, M. H., Lobb, E. A., Parkes, C. M., et Steele, R. (2012). A call to the field: Complicated grief in the DSM-5. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 65(4), 251-255.
- Reis, S., et Grenyer, B. F. (2002). Pathways to anaclitic and introjective depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75(4), 445-459.

- Sedikides, C., Wildschut, T., Arndt, J., et al. (2006). Affect and the self. *Affect in social thinking and behavior: Frontiers in social psychology*, 197-215.
- Seligman, M. E. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. WH Freeman/Times Books/Henry Holt et Co.
- Shaver, P. R., et al. (2001). Emotion, attachment, and bereavement: A conceptual commentary.
- Soltis, J. (2004). The signal functions of early infant crying. *Behavioral and Brain Sciences*, 27(4), 443-458.
- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W. E., et al. (2001). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association.
- Stroebe, M., Gergen, M. M., Gergen, K. J., et al. (1992). Broken hearts or broken bonds: Love and death in historical perspective. *American Psychologist*, 47(10), 1205.
- Stroebe, M., Schut, H., et al. (2005). Attachment in Coping With Bereavement: A Theoretical Integration. *Review of general psychology*, 9(1), 48.
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. *The American Journal of Psychiatry*.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (Eds.). (1997). *Disorders of affect regulation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Watt, D. F., et al. (2009). Depression: An evolutionarily conserved mechanism to terminate separation distress? A review of aminergic, peptidergic, and neural network perspectives. *Neuropsychoanalysis*, 11(1), 7-51.

Welling, H. (2003). An evolutionary function of the depressive reaction: the cognitive map hypothesis. *New Ideas in Psychology*, 21(2), 147-156.

Winnicott, D. W. (1989). *Holding and interpretation: Fragment of an analysis* (No. 115). Grove Press.

Zisook, S., et Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 8(2), 67-74.

CHAPITRE 3 : DEUXIÈME ÉTUDE

Une investigation phénoménologique d'une forme adaptative de tristesse chez des adultes vivant un deuil résilient suite à la perte d'un parent

Contributions des auteurs :

Alexandre Couët-Garand a élaboré le projet, effectué la passation des entrevues, analysé le matériel et rédigé l'article.

Serge Lecours a guidé le processus d'élaboration méthodologique et révisé l'article.

UNE INVESTIGATION PHÉNOMÉNOLOGIQUE D'UNE FORME ADAPTATIVE DE TRISTESSE CHEZ DES ADULTES VIVANT UN DEUIL RÉSILIENT SUITE À LA PERTE D'UN PARENT

Alexandre COUËT-GARAND et Serge LECOURE

Résumé

Cet article s'intéresse à la façon dont les endeuillés résilients ayant récemment perdu un parent vivent et font sens de leur tristesse. L'approche est idiographique. Des entrevues semi-structurées ont été conduites auprès de six participants et les résultats ont été analysés à l'aide de l'Analyse Phénoménologique Interprétative (IPA). Les résultats montrent que la tristesse était vécue comme étant tolérable, comme ayant une fonction adaptative et un sens, même si elle reste désagréable à vivre. Comme le deuil n'est pas vécu en vase clos, un surplus de matériel à métaboliser et des circonstances externes variables pouvaient expliquer la présence d'autres expériences émotionnelles et de symptômes somatiques. La tristesse semble toutefois être un ingrédient central du deuil résilient, la personne demeurant fonctionnelle et n'étant triste que par courtes périodes, venant par vagues.

Mots-clés

Deuil, tristesse, fonction de la tristesse, deuil résilient, analyse phénoménologique interprétative

1. Introduction

Le deuil est un phénomène complexe : perçu d'une part comme une source de préoccupation et de souffrance, il est traité d'autre part comme un travail, un mal nécessaire (Freud, 1917). Pourtant, on souhaiterait éviter cette réaction émotionnelle douloureuse à la perte d'un être aimé, qui peut inclure tristesse, chagrin, désespoir et angoisse (Granek, 2010). Il peut donc paraître surprenant qu'un phénomène aussi omniprésent et important ne soit considéré comme un objet d'étude scientifique que depuis environ un siècle (Archer, 1999). Bien que l'on puisse partiellement attribuer cela à la naissance tardive de la psychologie comme discipline scientifique, un autre phénomène semble être également en cause. Dans une société de plus en plus médicalisée grâce aux progrès technologiques, où la mort peut être dans bien des cas repoussée jusque bien après quatre-vingt années de vie, le décès d'un proche n'est plus aussi fréquent (Aries, 1974; Aries, 1981; Hagman, 1995). Il est donc aujourd'hui possible d'être relativement désensibilisé face à la mort, par rapport à une époque où la combinaison d'une plus faible espérance de vie et d'un nombre élevé d'enfants par famille faisait de la perte un phénomène plus commun (Laslett, 1969 ; Oeppen et Vaupel, 2002 ; Statistique Canada, 2012). Les émotions accompagnant le deuil, dont la tristesse est souvent la dominante, sont jugées indésirables autant à cause de l'expérience subjectivement désagréable qui les accompagnent que du fait qu'elles sont considérées comme signe de faiblesse et qu'elles peuvent être exigeantes pour l'entourage sur le plan interpersonnel (Coyne, 1976). La tristesse, une émotion fondamentale (Ekman, 1992) a pourtant une utilité adaptative (Briand-Malenfant, Lecours, et Deschenaux, 2010; Nesse, 1990; Welling, 2003), bien qu'elle soit souvent considérée comme un symptôme du deuil (Klerman et Izen, 1977). Traité sous un angle médical en recherche depuis le milieu du XXe siècle (Lindemann, 1944), le deuil est souvent assimilé à sa liste de symptômes (Stern, Williams et Prados, 1951). Cela a permis une bonne compréhension du versant pathologique du deuil, mais en laissant de côté l'expérience subjective

des endeuillés, notamment de ceux vivant un deuil résilient (Granek, 2010). C'est la vision du deuil comme une phase forcément souffrante et inutile suivant la perte qui domine aujourd'hui dans le milieu médical et dans la culture populaire (Granek, 2010; Horwitz et Wakefield, 2007). Le deuil comme pathologie, ainsi transformé en entité médicale diagnostiquable, est devenu la norme dans la conception que les gens ont des jours et des mois qui suivent le décès d'un être aimé. Le traiter est donc vu comme essentiel, la souffrance étant indésirable, intolérable et n'étant plus considérée comme une partie normale et même nécessaire du processus qui aide à se détacher et à faire sens de la mort d'un proche. Le deuil, tout comme la tristesse qui l'accompagne, est perçu comme débordant, pénible, laid et insupportable. Pourtant, il semblerait que la plupart des gens vivent en fait un deuil dit résilient, une forme de deuil où oscillent, comme par vagues (Bonanno, Goorin et Coifman, 2008), des accès d'une tristesse contenue et tolérable ainsi qu'un fonctionnement normal, plutôt que la dysthymie plus soutenue que l'on retrouve dans le deuil pathologique, le deuil dit « commun » (*common grief*, voir Bonanno et al., 2002). ou la dépression (Bonanno et al., 2002; American Psychiatric Association, 2013).

Puisque la littérature s'est peu attardée à l'expérience subjective des endeuillés pour mieux comprendre leur vécu de la tristesse dans le deuil, cette expérience de la tristesse est peu connue. En utilisant une approche qualitative, il est possible de s'intéresser à la phénoménologie des individus sans leur imposer la vision du chercheur et sans construire des instruments de mesure biaisés par la théorie. L'Analyse Phénoménologique Interprétative (IPA) est l'approche de choix pour ce type d'investigation (Smith, 2004). En effet, comme suggéré par Smith (2004), le sujet est contextuel, subjectif, il a trait à la façon dont les gens font sens de leur expérience et il est peu étudié. Cette méthode est utilisée dans un nombre croissant de publications d'approche qualitative et sa rigueur est citée dans la littérature comme une des raisons de l'utiliser (Brocki et Wearden, 2006; Biggerstaff et Thompson, 2008). Ayant été principalement employée en psychologie de la santé à ce jour (Smith

et Osborn, 2007), l'IPA a été peu appliquée à l'étude du deuil : quelques études ont été effectuées avec cette méthode, mais par rapport à des aspects non directement liés aux émotions, comme le lien avec le défunt et la croissance post-perte (Harper, O'Connor, Dickson, et O'Carroll, 2011; Smith, Joseph, et Das Nair, 2011). Ainsi, cette approche idiographique peut être favorablement employée pour examiner en détail le témoignage complexe et riche des participants, et en tirer une meilleure compréhension de leur vécu de tristesse lors de leur deuil (Lamiell, 1987; Smith, Harré, et Van Langenhove, 1995; Smith, 2004; Smith et al., 2007).

2. Attentes et préconceptions

Aucune hypothèse ne sera formulée, tel que suggéré par Smith, Flowers et Larkin (2009) puisqu'il est souhaitable de partir de l'expérience des participants et de procéder par une analyse inductive en évitant d'imposer des préconceptions à la lecture du matériel. Cependant, une forme de tristesse adaptative, telle que définie par Briand-Malenfant et al. (2010), devrait se retrouver dans le discours des participants, ce qui est mis entre « parenthèses » ici (technique du *bracketing*, voir Chan, Fung, et Chien, 2013 ; Fischer, 2009). Les chercheurs sont également des cliniciens d'approche psychodynamique.

3. Participants

Six participants ont été recrutés, pour constituer un échantillon restreint (4 à 10), ciblé (donc non choisi de façon probabiliste) et homogène, des critères suggérés par Smith et al. (2007) et Smith et al. (2009). Zisook (1990) et Zisook et Lyons (1988) ont trouvé que le pourcentage des sujets vivant un deuil non résolu est le plus élevé dans le groupe des gens ayant perdu un enfant, suivi par ceux ayant perdu un conjoint, puis un frère ou une sœur, et enfin ceux ayant perdu un

parent. À la lumière de ces résultats, seuls des endeuillés ayant perdu un parent (père ou mère) ont été recrutés. Cela a permis d'interroger des gens ayant un minimum de probabilité d'avoir vécu un deuil pathologique, tout en gardant l'échantillon uniforme. Les sujets étaient tous adultes et avaient perdu leur parent dans les trois dernières années, un critère établi afin de s'assurer que le deuil soit encore assez frais en mémoire. Suffisamment de participants ont été recrutés pour atteindre la saturation des catégories obtenues, tel que suggéré par Smith et al. (2009), puisque l'analyse du verbatim du sixième et dernier participant n'a révélé que deux nouveaux codes d'importance mineure, ce qui est peu significatif.

Comme un échantillon excluant les individus ayant des symptômes dépressifs était visé, le Beck Depression Inventory-II (BDI-II) était administré (Beck, Steer, et Brown, 1996). Les participants étaient exclus de l'échantillon si le score obtenu à cette échelle était de 20 ou plus, ce qui représente des symptômes dépressifs modérés (Beck et al., 1996). Puisque seules les personnes présentant aucun ou peu de symptômes de dépression majeure devaient être incluses, un score inférieur à 14 était jugé idéal. Cependant, un score de 14-19, qui représente des symptômes dépressifs de faible intensité, était jugé acceptable puisque ce niveau d'affect dépressif est compréhensible dans le cadre d'un deuil. Une seule personne ayant obtenu un score de 22, donc un peu au-dessus du score de 19 au BDI-II, a été retenue pour l'étude étant donné la difficulté à effectuer le recrutement. Ces symptômes dépressifs d'intensité légèrement supérieure chez ce participant, selon le BDI-II, ne se sont pas manifestés à l'entrevue. Dans le Tableau 1, qui présente l'âge et le score au BDI-II des participants, et dans la suite du texte, le nom des participants a été remplacé afin de protéger leur anonymat.

Tableau 1
Âge et score au BDI-II des participants

Nom	Âge	Score au BDI-II
Marguerite	29	6
Myriam	24	15
Mélanie	53	11
Marie	44	2
Manuel	41	13
Mario	46	22

Comme les entrevues étaient conduites en français, les participants devaient maîtriser la langue. Aucune rémunération n'était offerte. Les participants étaient recrutés à l'aide d'affiches posées dans les hôpitaux, les organismes d'aide aux endeuillés (Lumi-Vie, Maison Monbourquette), les cliniques universitaires de psychologie (UQAM, Université de Montréal, McGill) et les salons funéraires de la région de Montréal.

4. Matériel

Le BDI-II (Beck et al., 1996), mesure par questionnaire la plus utilisée pour évaluer les symptômes dépressifs, a été utilisé afin d'exclure de l'échantillon les gens ayant des symptômes dépressifs d'intensité plus que modérée. Le test compte 21 items comportant 4 choix de réponse chacun, sous forme d'une échelle de Likert. La consistance interne, avec un α d'environ 0.9, et la fidélité test-retest entre 0.73 et 0.96 selon les études, sont élevées (Wang et Gorenstein, 2013).

Les seuils de coupure des scores vont comme suit :

- 0 – 13 : dépression minimale
- 14 – 19 : dépression légère
- 20 – 28 : dépression modérée
- 29 – 63 : dépression sévère

5. Déroulement de la recherche

Le consentement éclairé des participants (formulaire en appendice) a d'abord été obtenu et le BDI-II leur a ensuite été administré via un site internet de sondage en ligne, Simple Sondage (2016). Les participants étaient recontactés par la suite. Sur un total de onze répondants (score moyen = 32.6, étendue = 35), cinq participants ont été exclus de l'étude, ayant un score trop élevé au BDI-II. Les répondants retenus (score moyen = 11.5, étendue = 20) participaient ensuite à une entrevue semi-structurée d'une durée d'environ une heure à une heure et demie qui avait lieu dans l'un des locaux d'entrevue de la Clinique Universitaire de Psychologie (CUP) de l'Université de Montréal. L'entrevue était enregistrée en format audio. Le plan de l'entrevue semi-structurée était établi à l'avance et est disponible en appendice. L'analyse des données était faite au fur et à mesure, afin de garder en mémoire le déroulement des entrevues et de vérifier lorsqu'il y avait saturation des données.

6. Analyse

La première étape de l'analyse (Smith et al., 2009) consistait à lire puis relire le verbatim de l'entrevue afin de se familiariser en profondeur avec le matériel. Lors de cette phase, le but était d'éviter de faire une synthèse de ce qui était lu. Au contraire, il s'agissait de prendre tous les moyens pour s'imprégner des données telles qu'elles étaient, que ce soit en revisitant le déroulement de l'entrevue dans sa tête ou en s'imaginant la voix du participant en lisant, par exemple. Il était possible à cette étape de prendre des notes et d'y revenir plus tard, mais le but ici était de se plonger dans le monde du participant et non de commencer la codification (Smith et al., 2009). La deuxième étape était celle de la prise de notes initiale. Des commentaires étaient ajoutés en marge des données (les extraits du verbatim) : tout ce qui avait le potentiel d'être intéressant dans le cadre de l'étude, que ce soit au niveau du contenu sémantique dans le discours, du comportement ou du ton de voix du participant, ou même des impressions du chercheur, était noté (Biggerstaff et al., 2008). Il s'agissait

donc d'une phase exploratoire, non limitée au sujet de la tristesse ni à ce qui était transcrit, mais à tout ce que pouvait évoquer le verbatim. En ce sens, cela se rapprochait d'une analyse textuelle libre, sans règles, et visait à tenter de comprendre les questionnements, réflexions, doutes et préoccupations du participant (Smith et al., 2009). La troisième étape consistait à développer des codes, d'abord proches du contenu (par exemple, les différentes itérations du mot tristesse et ses synonymes, telles qu'utilisées par la personne). Pour ce faire, il fallait étiqueter des extraits de l'entrevue qui pouvaient sembler importants et commencer à les sectionner pour regrouper en morceaux les données (O'Connor et Gibson, 2003). Il s'agissait également de la première étape où l'on utilisait les notes comme matériel à interprétation, et non seulement le verbatim en soi. Le volume de détails était réduit, conservant toutefois le degré de complexité exprimé par le participant durant l'entrevue. La quatrième étape impliquait de réorganiser les codes en catégories, tout en demeurant attentif à ne pas perdre de la richesse du discours initial. C'est à cette étape que l'analyse commençait à s'éloigner du discours du participant en soi, des inférences étant faites afin d'identifier des catégories plus larges et englobantes, donc abstraites, que les codes. Une bonne part d'interprétation était donc nécessaire de la part du chercheur, puisqu'il n'existe pas de règles fixes sur la façon de procéder. Cependant, comme les chercheurs étaient tout de même liés à l'expérience du participant, les objectifs ne devaient pas s'imposer ou se substituer à ce qui était communiqué par l'entrevue. Il était possible à cette étape de choisir de mettre de côté certains codes, s'il était jugé qu'ils étaient moins pertinents à la recherche (Smith et al., 2009). Durant la cinquième étape, le processus recommençait avec le prochain participant.

L'étape six consistait à observer les *patterns* qui se répétaient entre les participants afin d'identifier des thèmes émergents, récurrents dans l'échantillon (Smith et al., 2009). Cela impliquait un degré d'abstraction supplémentaire (puisque certains détails très concrets et spécifiques du discours des participants étaient évacués pour laisser place au portrait global) et des interprétations, qui étaient

faites en fonction des objectifs de recherche énoncés ci-haut, en tenant compte des influences associées au bagage théorique des chercheurs. Si certaines catégories ne pouvaient être associées à d'autres d'une quelconque façon, il était possible de les exclure (Smith et al., 2009). Lorsque les thèmes émergents étaient identifiés, ceux-ci étaient rattachés à des extraits verbatim qui appuyaient le propos.

Lorsque l'analyse des données tirées des entrevues n'a plus ou presque plus généré de nouveaux codes, le cycle de recrutement, d'entrevues et d'analyses, qui était fait au fur et à mesure, cessait, la saturation des données étant atteinte (Smith et al., 2009).

Une tierce personne, étudiante au doctorat en psychologie et elle-même formée en Analyse Phénoménologique Interprétative, a été consultée pour effectuer une vérification de la démarche, ce qui a permis de bonifier la crédibilité de l'analyse (Yin, 1989 ; O'Connor et al., 2003). Cette technique de vérification de la qualité de la recherche, nommée « indépendant audit », consiste à compiler les données (notes, matériel audio, verbatims, analyses, etc.) à toutes les étapes, de telle façon à ce qu'un tiers puisse suivre le chaînon de pensée du début à la fin du processus. Le but est d'y vérifier que la démarche est crédible, ce qui est différent de la validation inter-juges, qui vise à démontrer que le chercheur suit une certaine démarche, qui est reproductible et consensuelle (Smith et al., 2009). Ainsi, on s'assure plutôt par le jugement du tiers que la démarche est légitime et génère des contenus intéressants, sans toutefois être contre-vérifiable, comme le viserait une recherche quantitative. Par exemple, l'émergence d'un certain thème pouvait être remise en question si le tiers jugeait que ce thème allait trop dans le sens des attentes des chercheurs plutôt que d'émaner d'une interprétation neutre et plus « objective ».

7. Résultats

Thème 1 : La tristesse est acceptée et perçue comme ayant une fonction adaptative malgré qu'elle soit une émotion désagréable

Un aspect fondamental du discours des participants était leur tendance à ne pas voir la tristesse comme un symptôme, mais plutôt comme une réalité nécessaire et attendue du deuil, qui permet un changement. Cela se déclinait de différentes façons chez les participants.

a) La tristesse est acceptée

D'abord, les participants ne rejetaient pas leur tristesse, préférant l'accepter comme étant une émotion normale dans les circonstances. Par exemple, Myriam refuse de voir sa tristesse comme un signe de fragilité et se la réapproprie, allant à l'encontre des idées reçues :

« J'comprends que c'est pas une faiblesse. J'comprends qu'j'ai l'droit d'pleurer. »

Quant à elle, Mélanie se donne le droit d'être triste et de se retirer du monde lorsque nécessaire, le temps de son deuil :

« C'est ça, t'es triste. Ok, c'est correct euh, tu peux ignorer le monde pendant un moment, quoi. »

b) La tristesse favorise l'introspection

La tristesse est non seulement acceptée par les participants, mais elle aurait également une fonction selon eux. Notamment, une raison d'être de la tristesse serait de permettre l'introspection qui faciliterait l'assimilation de la perte. Mélanie, parlant de sa tristesse, affirme que le temps qu'elle prend pour « ignorer le monde » lui permet de réfléchir au sens de la mort de son père :

« Ça aide beaucoup. J'ai toujours été quelqu'un qui faisait beaucoup d'introspection. Donc, d'le faire avec ... ça aide un peu plus, à donner plus de sens aux affaires, aux choses. Savoir les choses qui sont trop embrouillées ou c'que ... pas seulement dire "c'est quoi c't'affaire-là ... est-ce que ça a du bon sens ?" »

Manuel dit également avoir vécu son besoin d'être seul comme un temps mort pour réfléchir :

« J'sais pas ... j'arrivais plus à assimiler c'qui s'passait, comment j'me sentais. (...) Mes introspections si on veut. »

c) La tristesse permet de prendre soin de soi

La tristesse serait également un incitateur à prendre du temps seul pour prendre soin de soi et pour se recharger. Mélanie affirme qu'elle se permet de se centrer sur soi lorsqu'elle est triste :

« Elle m'aide à prendre soin de moi-même (...) Ouais, j'pense la tristesse, j'pense ça permet de ... cette distance du monde, ça permet de recentrer sur toi-même (...) pas vraiment envie de voir personne (...) pas dans l'sens déprimée, mais plus dans l'sens de l'introvertie qui, qui veut rester toute seule, quoi. »

d) La tristesse est un exutoire

Certains y voient une forme d'exutoire, qui soulage, en évacuant la tension. C'est le cas de Myriam, qui dit aller jusqu'à ressentir un relâchement musculaire en plus du soulagement psychologique, après avoir pleuré :

« Euh ... ben ça me, ça m'faisait du bien, j'pleurais (...) ça y va plus par bouts intenses, par, par moments t'sais où j'pleure vraiment fort pi j'm'isole pi, j'sors le méchant j'me dis r'garde là, là (tape dans ses mains) go, ça sort, pi après ça (soupir) (...) quand j'relâche c'est comme, j'suis mieux après, là ! »

Marie y voit également une forme de catharsis, qui lui permet de se sentir mieux :

« La tristesse quand elle vient, faut l'évacuer. Donc, les larmes, y... ça... ça sort. Pis, après on... ça fait comme du bien, là. »

e) La tristesse permet d'accepter la mort et de se détacher du défunt

La tristesse peut aussi permettre de prendre conscience que la personne est partie, et donc de s'en détacher. Comme l'affirme Marie, chaque épisode de tristesse permet de se départir d'un petit morceau de la personne défunte, jusqu'à ce que la perte soit acceptée et intégrée :

« On a pleuré, pis là on y'a pensé, à la personne. Pis ça permet de... qu'elle s'en va un p'tit peu. Moi, c'est comme ça que j'vois ça : on pleure, on pleure, la personne elle s'en va, là. J'dirais pas qu'elle s'en va euh... On sait pas, là, mais j'veux dire... comme plus... La personne est... est partie. »

On peut également identifier une fonction de la tristesse comme étant un rappel que la personne n'est plus présente et qu'elle aide donc à accepter la mort. Par exemple, Mario affirme que les souvenirs de moments partagés avec sa mère déclenchent sa tristesse, ce qui le ramène au fait qu'il ne pourra l'embrasser, passer du temps et faire des sorties avec elle :

« Ça me ramène, ça me ramène. T'sais l'histoire du hot dog chez Costco, c'est banal, mais je regarde le hot dog, je pense à elle, pis bang je commence à pleurer. J'm'en vais à la salle de bain pis je braille comme un malade, parce que c'est des souvenirs. »

De la même opinion, Manuel exprime que la tristesse le pousse à accepter la mort de sa mère :

« C'tune réalisation un peu que (...) que c'est clairement fini. (...) Que y'avait quelque chose qui est pu là. J'imagine que c't'un signal quelconque ... »

Thème 2 : Les émotions « négatives » ne prennent pas toute la place dans le deuil et n'entravent pas le fonctionnement

Les participants semblent avoir, durant leur deuil, une vie émotionnelle riche et diversifiée. Ainsi, les émotions dites « négatives » comme la tristesse ne semblent pas prendre toute la place dans leur expérience subjective.

Les participants affirment remarquer que leur tristesse vient par courtes vagues, souvent lorsqu'un souvenir lié au défunt leur vient en tête, mais également lorsque quelque chose ou quelqu'un les met en contact avec de la tristesse, qu'elle soit liée au défunt ou à autre chose. La durée de ces vagues de tristesse est variable, allant de quelques secondes à quelques heures, avec une moyenne d'autour d'une trentaine de minutes à une heure. Dans le cas de Marguerite, un contact visuel avec des hommes ayant des caractéristiques physiques similaires à celles de son père pouvait être à l'origine de très courts épisodes de tristesse :

« C'est des plus comme des petites secondes, comme j'dis quand je croise un homme au loin, que je vois qu'y'est très roux ... que les cheveux ou que je le regarde, un peu trop intensément ou euh ... L'autre jour j'en ai croisé un, j'veux dire, qui était habillé ... mais ... pas pareil, mais son style pouvait y ressembler pis j'le regardais euh ... t'sais pis c'est tout, t'sais. J'étais pas « oh » ! C'est plus comme je le r'gardais, pis je me disais « oh, me semble que euh ». (...) Ouin j'suis un... j'suis un peu émue, j'sais pas... [silence] ouais, euh ouais je me sens... p't'être un peu triste. »

Parlant de sa tristesse, Mélanie décrit une forme d'oscillation entre tristesse et humeur normale :

« Y'a par moments que ça ... c'est pas en continu, mais ouais y'a par moments que ... elle est vraiment là et pis y'a d'autre moments où c'est ... bon elle est plus de côté et pis après ça s'remet en route et pis ... »

La capacité de gestion des émotions débordantes était vécue comme suffisante pour « survivre », comme en témoigne Myriam, relatant les moments ayant immédiatement suivi la mort de son père :

« Sur le coup là, c'tait vraiment pas une scène de panique, là, c'était correct on a géré la crise euh, si j'peux dire ... ça été bien là, quand même. »

La résilience se manifeste également dans le fait que les participants avaient tendance à retourner au travail peu de temps après le décès et ils y fonctionnaient normalement, comme en témoigne Marguerite :

« Mais t'sais au quotidien c'est pas plus dur. J'tais pas toute abattue en revenant. »

Le même son de cloche retentit du côté de Mélanie, qui dit être capable de se ressaisir lorsque vient le temps de travailler :

« Non j'suis capable de ... j'suis capable de, d'me recentrer et pis dire « ok bon, c'est bon le client il arrive ». (...) C'est pas euh, c'est pas si pire que ça. »

Manuel dit également s'être ressaisi rapidement, et vivre la tristesse de façon moins intense :

« Ça fait un peu plus qu'un mois et demi et pis euh... j'sens quand j'repense à elle c'est moins, c'est moins étouffant, si on peut dire. (...) C'est moins ... la tristesse est moins pis c'est plus, c'est plus quelque chose qui passe. Même si je pense souvent à elle. »

Les participants se rejoignaient également dans leur capacité de vivre des moments de joie, de se rappeler de bons souvenirs avec la personne, mais aussi de se sentir en paix avec la mort du défunt.

Mario explique notamment qu'il croit que sa mère est paisible dans la mort, et que lui-même est satisfait de ce qu'il a fait pour elle :

« Qu'elle est en paix, tout fait, qu'elle soit en chaleur, elle n'est pas à l'extérieur, euh, j'ai tout fait pour qu'elle aille des funérailles et qu'elle soit en paix le restant de sa vie, à côté de mon père et que j'ai tout fait pour elle. Faque c'est des larmes de joie. C'est des larmes que moi quand je vais me coucher le soir, je m'ennuie d'elle mais j'ai de la paix parce que j'ai tout fait. »

Les participants ont également tendance à se conforter dans l'idée qu'ils sont accompagnés par le défunt, qui les supporte d'une certaine manière. Mario dit pouvoir entrer en contact avec sa mère en allant se recueillir à sa tombe, où il se sent en paix :

« Faque je me sens bien quand je vais là. Je suis vraiment triste quand je vais là, mais je me sens bien, parce que je lui parle et je sais qu'elle est avec moi. »

Myriam va même jusqu'à affirmer porter une partie de son père en elle :

« Si jamais j'm'ennuie d'mon père, crime, ben je suis mon père ! »

Finalement, un sentiment de clôture dans la relation ne semble pas nécessaire pour vivre un deuil résilient. En effet, Mélanie, ayant pourtant eu une relation conflictuelle avec son père, ne vit pas une tristesse débordante, et continue même à cheminer depuis son décès :

« Ouais, j'suis en train d'faire un travail dessus, enfin j'avais déjà commen-, commencé un travail dessus, euh avant, un suivi psychologique donc euh (...) ça aide beaucoup. »

Thème 3 : La tristesse, bien que tolérable, est désagréable

Pour les participants, la tristesse est supportable, non débordante. Cela n'empêche pas qu'ils aient hâte que le deuil se termine. Pour Mélanie, ces deux réalités sont liées :

« Ouais y'a encore des moments de tristesse, en plus. D'un côté ça fait du bien pis d'un autre côté ça ... j'aimerais que ce soit derrière. »

Pour elle, il n'est pas contradictoire que la tristesse lui fasse du bien et qu'elle ait en même temps hâte que le deuil se termine. De son côté, Mario a également espoir que sa tristesse cesse le plus vite possible, mais il se sent accompagné par sa mère dans son deuil, ce qui le rend tolérable.

« Elle est avec moi, ma mère. Je sais qu'elle, qu'elle est avec moi et je sais qu'elle va continuer d'être avec moi, parce que ma mère ne voulait pas que je sois malheureux. (...) je sais qu'avec le temps, ça va tout se replacer, mais à ce moment-ci, c'est pas drôle. »

Thème 4 : L'environnement social peut avoir des effets encourageants ou contraignants sur l'expression de la tristesse

Bien que pour certains, une des fonctions envisagées de la tristesse soit de permettre de se recentrer sur soi, il est indéniable que pour les participants, la composante sociale de la tristesse dans le

cadre du deuil est importante. On retrouve chez eux des considérations, mais aussi des préoccupations, particulièrement quant à l'effet de la présence des autres sur l'expression de leur tristesse. Myriam voit notamment le fait de pleurer en groupe comme une forme de support social en soi :

« On exprime, t'sais on a pleuré en gang ... bin oui c'est sûr ... »

Mélanie voit la tristesse exprimée dans le cadre du deuil comme acceptable, et comme un contexte particulier où il est possible d'être accueillie et supportée dans sa tristesse :

« Tout d'un coup ça devient permis de demander aux gens de, de t'aider pour un truc ou un autre. Et pis, euh, les gens font volontiers. »

Mario, bien que se sentant aussi supporté dans son deuil, ne s'est pas permis d'être triste et de pleurer au moment de la mort de sa mère, ne voulant pas gâcher le moment :

« Faque euh j'ai pas réagi au moment où c'est arrivé. Je n'ai pas réagi à ce moment-là, parce que ... (soupir) je voulais que ça soit parfait. »

Manuel ne se permettait pas de pleurer devant ses proches, préférant être seul pour être triste, malgré qu'il ait partagé le deuil avec eux :

« Mais j'tais là avec eux. Pis euh... on partageait les peines ensemble pareil, mais c'tait pas... Mettons que quand on se quittait, j'tais ... ça m'soulageait. »

On peut donc comprendre que chez les participants, bien que leur propre vision de leur tristesse soit plus positive et nuancée, le fait d'exprimer sa tristesse a selon eux des conséquences sociales néfastes. C'est le cas de Marie, qui ne veut pas nuire au développement de son enfant, s'empêchant de pleurer devant lui :

« En fait, comme j'ai un petit garçon, c'est sûr que tu peux pas pleurer tout le temps. »

Myriam abonde également dans ce sens, ayant quant à elle peur d'être un poids pour les autres :

« Faque quand j'ai d'la peine, pi j'aime pas ça pleurer (soupir), j'haïs vraiment ça même devant les gens, devant mes colocs qui sont mes très bonnes amies. J'm'enferme dans ma

chambre pi j'mets d'la musique. J'ai pas l'goût qu'personne m'entende pleurer. J'ai pas l'goût de, d'être cette personne-là t'sais, j'aurais l'droit je l'sais bin mais ... »

Il est également possible que dans des circonstances autres que le deuil, les participants sentent que leurs proches ne les supportent pas dans leur tristesse, et qu'ils soient même déstabilisés par cette tristesse. Mélanie, ayant perdu son futur neveu ou sa future nièce lors de la fausse couche de sa belle-sœur, ne sentait pas que sa tristesse était accueillie, comme s'il lui fallait une « suffisamment bonne » raison pour pleurer :

« Mais bon j'suis pas la mère donc euh : « pourquoi t'es triste ? » ... Et pis : « bon ben tu l'as jamais connu donc euh, pourquoi t'es triste ? » ... Et pis c'était le style « euh ok bon ben pour moi j'avais un neveu, j'allais avoir une nièce », c'était ... »

Finalement, pour les participants, la tristesse peut être une émotion contagieuse. Marie, notamment, rapporte pleurer lorsqu'elle voit son frère souffrir de la perte de leur père. Myriam, abondant dans le même sens, dit devenir triste lorsqu'elle voit sa mère et les autres membres de sa famille pleurer :

« J'pleurais surtout quand j'voyais les autres pleurer. »

Thème 5 : Les participants font sens de la mort

Les participants faisaient sens de la mort de leur parent, ce qui les aidait à accepter la perte. Marie trouvait du réconfort dans le fait que son père ne souffrait plus :

« Ouais, y'est bien, là, y'est dans... y'est devenu d'la poussière. Y'est quelque part, là, son esprit, mais lui y'est parti pis euh... Pis au moins, y souffre plus. Parce que, quand même, y'a souffert beaucoup dans sa vie. (...) on parlait un peu, pis moi j'ai dit : « Moi, j'pense que, au moins, là, maintenant, Éric (anonymisé), il est bien. »

Manuel, technicien médical dans l'armée, se dit habitué de voir ses camarades mourir à un jeune âge et de façon absurde sur le champ de bataille. En ce sens, la mort de sa mère lui paraît normale et plus facile à digérer :

« Ça faisait 3 ans qu'était diagnostiquée, 'avait 72 ans. Donc, c'tait, c'tait plus une... une mort normale si on veut ... à la fin d'une vie que quelqu'un de 21 ans qui, euh, qui meurt sur un engin explosif. C'est sûr les deux on sent quelque chose de, d'anormal, mais y'a plus... j'pense c'est plus facile accepter que quelqu'un meurt du cancer même si le cancer c'est, c'est horrible là. »

Quant à elle, Myriam est soulagée que l'état d'esprit de son père ait été positif aux derniers instants :

« Ben, y'est mort les deux fesses dans mer à place d'être pogné dans l'trafic t'sais pour aller à sa job ou ... t'sais y'est mort dans un moment qu'y'était positif. »

Mario, pour sa part croit que sa mère est partie rejoindre son père et ne souffre plus :

« Elle (...) a eu un-un décès calme, pas de souffrance. Elle a juste fait son dernier respir à côté de moi et elle était en paix. Faque pour moi c'était soulageant qu'elle ne souffre plus. (...) pis euh, elle était en train de dormir, faque pour moi, j'étais bien. (...) Oui, parce que, aussi je me suis dit ma mère c'est une combattante, pis si elle a lâché prise, c'est qu'elle voulait. Je pense qu'elle s'est dit : « je vais aller rejoindre Papa ». Faque ça, ça m'a soulagé (...) C'est la pneumonie qui l'a emportée ...mais il faut croire que tout arrive pour une raison. Pis moi ce qui me soulage c'est que j'ai tout fait, elle est en paix, elle est avec Papa et elle sera toujours en moi. »

Thème 6 : Un deuil ne vient jamais seul

Comme la perte n'est que rarement un événement isolé dans une vie, les circonstances de la mort et des stressors concomitants peuvent rendre le deuil plus difficile et altérer l'expression, la qualité ou même la présence de la tristesse.

Un sentiment d'injustice a pu générer une colère qui venait entraver le deuil chez certains participants. Notamment, Myriam en veut aux organisateurs de l'activité de plongée où son père est décédé, croyant que si les mesures de sécurité y avaient été plus strictes, sa mort aurait pu être évitée :

« Ça m'a mis en colère parce que y'aurait pas dû mourir comme ça ... T'sais, c'tait pas ... C'est plus ça qui m'fâche. Y'a pas de réparation t'sais, y nous a été enlevé pi c'est pas juste. »

Les circonstances concomitantes venaient également créer une certaine ambivalence dans la capacité à faire sens de la mort. Alors que Mario disait que sa mère est en paix avec sa mort, il affirme également que la dispute dans la fratrie (entre Mario et ses frères et sœurs) vient la troubler, là où elle est :

« C'est très difficile et je sais que ma mère (...) n'est pas heureuse présentement, parce que ma mère, elle ne voulait pas ça. »

Myriam semble vivre une ambivalence similaire, trouvant du réconfort dans le fait que son père soit mort au soleil, dans l'océan, mais souffrant du fait que sa mort était inattendue, étant donné sa prudence habituelle :

« Si tu m'avais dit « quelqu'un dans ta famille va décéder d'un accident », j'aurais - j's'rais décédée vingt fois avant lui. Ma mère aussi t'sais. »

Plusieurs participants rapportaient également avoir plusieurs deuils à faire en même temps, ce qui venait forcément nuire à la capacité à vivre leur tristesse de façon normale. On retrouve cette préoccupation chez Mélanie, dont le père avait, à la suite d'un accident dix ans plus tôt, changé de personnalité à cause d'un traumatisme crânien :

« Et pis quand il est décédé au mois de juillet, là j'me rendais compte j'avais l'deuil de deux personnes à faire : mon père après l'accident et puis mon père d'avant l'accident. »

Mario affirme quant à lui avoir vécu tellement d'évènements difficiles et de pertes, qu'il est plausible de voir dans sa souffrance le résultat de plus qu'une « simple » perte :

« Mon père est parti v'là 3 ans. Enfin, depuis les 4 dernières années, ça n'a pas été facile pour moi. J'ai mon anévrisme en 2012, mon père en pleine forme, cancer du pancréas, part 6 mois plus tard. Euh et puis, ma mère au mois de janvier passé, 2016. (...) Je vis un double deuil. Je vis le deuil de ma mère et je vis un deuil de ce que certains frères et sœurs lui ont fait. Ils ont détruit notre famille. »

Ce double deuil vient l'affecter, et lui fait également vivre de la colère contre ses frères et sœurs, qui ont selon lui détruit l'unité familiale.

Pour Marguerite, le deuil en soi n'est pas aussi souffrant que le fait qu'elle n'a jamais eu la relation qu'elle aurait souhaité avoir avec son père. Abandonnée par lui avant la naissance, et n'ayant repris contact avec lui de façon plus soutenue qu'à l'âge adulte, elle témoigne de ce vide qu'il a laissé en elle :

« Y'a comme jamais eu de souvenirs (...) j'aurais eu une perte, mais là, c'est vraiment une absence. (...) L'espèce de vide que je ressens pour le moment, j'peux pas ... c'... de la tristesse mais c'est passé, on est après, là je peux pas pleurer là-dessus, ça ne peut pas me faire pleurer ça, j'le sais ... T'sais c'est vraiment un ... C'est ça là.... pis ça dans mon éducation ça y'a des lacunes à cause de ça, y'avait pas de monde autour de moi. »

Thème 7 : Un surplus de tristesse non mentalisée peut parfois causer des symptômes

Même si la tristesse des participants est tolérable, il reste parfois un surplus à gérer, qui se manifeste via l'action du stress par des symptômes psychosomatiques. Les endeuillés ont tendance à lier ces manifestations corporelles à la perte. Marguerite dit subir ce stress dans son corps ; cela se manifeste sous forme d'urticaire, de coussinets sous ses pieds, et autour des yeux, provoquant de l'inflammation qui l'empêche de voir :

« C'était un deux semaines, ben oui vous savez ... j'ai fait de l'urticaire, j'ai fait de l'urticaire intense, ça c'est quand je suis ben stressée, je (...) gonfle, pouf ! »

Marie, quant à elle, avait tendance à avoir des douleurs au ventre après la perte, un symptôme qui ne lui est pas étranger lorsqu'elle vit un stress aigu :

« J'ai eu mal au ventre pendant quelques semaines. Comme vraiment, euh... T'sais, euh... Comme, t'as mal au ventre de, de stress. Mais, ça, c'est parce que moi, j'suis comme ça quand j'suis stressée : j'ai mal au ventre. Mais, là, ça me... ça me... ça... ça... ça m'a vraiment fait mal au ventre, là. »

Myriam rapporte quant à elle, outre sa résilience durant la majeure partie du deuil, avoir vécu quelques symptômes anxio-dépressifs pendant deux à trois semaines. Son sommeil aurait notamment été affecté pendant cette période :

« Y'a un moment où j'ai perdu un peu l'contrôle de mon sommeil. J'avais d'la misère à m'endormir, j'me réveillais aussi beaucoup dans nuit. J'pense que j'tais un peu comme, anxieuse j'dirais parce que t'sais quand tu dors pas pi tu veux dormir. (...) Pendant comme 2-3 semaines j'avais d'la misère pi euh ... j'ai vraiment mal feelé là ! J'ai pas fini une journée de job, pi pourtant mon travail j'aime ça, ça m'fait du bien d'y aller, mais j'ai pas fini une journée complète à job, ç'a vraiment comme été là, trois semaines de marde. T'sais, ça allait pas bien. »

8. Discussion

L'objectif de cette étude était de s'intéresser à l'expérience subjective de tristesse de gens vivant un deuil résilient. Par deuil résilient, il n'est pas sous-entendu qu'il s'agit un deuil dépourvu d'émotions dites négatives comme la tristesse, mais plutôt d'un deuil pourvu d'une *certaine qualité* de tristesse, différente de celle retrouvée dans un deuil pathologique. Selon les a priori théoriques des chercheurs, le travail de deuil serait catalysé et facilité par une tristesse de cette qualité. L'étude

s'intéressait cependant à la tristesse du point de vue des participants eux-mêmes, en tentant de les influencer le moins possible.

Ceux-ci relaient la présence d'attitudes positives face à la tristesse vécue suite à une perte, mais aussi de certaines attitudes plus négatives et attendues : son aspect subjectivement désagréable, et également la peur d'être perçu défavorablement lorsque la tristesse se manifeste en présence d'autres. Cette ambivalence n'était pas contradictoire pour les participants, et se manifestait de plusieurs façons.

Premièrement, les participants semblaient considérer la tristesse comme une émotion tolérable, donc non débordante. Contrairement à ce qui se passe dans la dépression, les participants n'étaient pas tristes presque toute la journée, la plupart des jours (American Psychiatric Association, 2013), mais vivaient plutôt la tristesse par vagues, de plus ou moins courte durée, allant de quelques secondes jusqu'à un maximum de quelques heures. Ces résultats sont similaires à ceux de Bonanno (Bonanno et al., 2002), à partir duquel le modèle oscillatoire a été élaboré (Bonanno et al., 2008). Ce modèle stipule que la tristesse va et vient, et est habituellement contenue, et dure de quelques minutes à quelques heures, entrecoupée de moments de fonctionnement normal (Bonanno et al., 2008). D'un autre côté, la tristesse est vécue comme une expérience désagréable et les participants, bien qu'ils l'acceptent et y voient une fonction, avaient hâte que la fréquence des épisodes de tristesse diminue. Bien que l'on puisse y voir une incohérence avec le fait que la tristesse fasse du bien et qu'elle soit tolérable, on peut plutôt insister sur le fait qu'il est utile qu'elle soit peu plaisante à vivre. En effet, cela motiverait la personne à « terminer » son deuil, plutôt que de l'accepter et de le vivre *ad vitam aeternam*. En effet, bien que la tristesse présente en principe des fonctions adaptatives (Barr, 1990; Bodenhausen, Sheppard, et Kramer, 1994; Bonanno, 2009; Eisenberg et al., 1989; Izard, 1993; Lazarus, 1991; Lummaa et al., 1998; Storbeck et Clore, 2005; Welling, 2003), celles-ci ne sont utiles que lorsque circonscrites dans le temps. Il serait même nuisible par exemple de se retirer du monde trop longtemps pour faire son travail de deuil via la tristesse puisque

cela pourrait nuire au réinvestissement de soi, de ses activités, de ses proches, ou de nouvelles personnes (Gaines, 1997). Il y a donc un juste milieu à atteindre entre « assez désagréable pour vouloir qu'elle termine » et « assez tolérable pour ne pas la rejeter ». La tristesse implique donc une souffrance *utile* (Briand-Malenfant et al., 2010), ce qui n'est pas contradictoire. On peut en effet comparer cette situation à celle d'un homme qui tirerait satisfaction d'avoir été en colère contre une personne qui l'aurait lésée, ce qui lui aurait permis de s'affirmer et d'obtenir réparation. Cet homme ne souhaiterait pas continuer à être en colère après que justice ait été faite. La tristesse, comme la colère, est donc utile lorsque circonscrite dans le temps. Les résultats montrent également que cette tristesse était entrecoupée de moments de fonctionnement normal et/ou de moments de joie, ce qui permet de continuer à investir ou de réinvestir d'autres sphères de sa vie et donc de s'ajuster à sa nouvelle vie sans le parent perdu. Selon Stroebe et Stroebe (1987), une telle résilience pourrait être liée au soutien social reçu, soit sous la forme de conseils ou simplement par le fait de parler de ses problèmes à quelqu'un, qui constituent des facteurs de protection contre la dépression (Peirce, Frone, Russell, Cooper, et Mudar, 2000). En effet, ce type de soutien social était disponible pour les participants, qui pouvaient se tourner vers des proches en cas de besoin.

Leur tristesse ne semblait donc pas pathologique, dans la mesure où elle ne causait pas de souffrance intolérable et qu'elle était contenue. Elle n'était pas débordante comme dans le cas de la détresse, une forme moins mentalisée et donc plus primitive de la tristesse (Briand-Malenfant et al., 2010). Cependant, elle était suffisamment désagréable pour motiver la personne à en sortir.

Deuxièmement, il existait un décalage marqué entre la perception que les participants avaient du fait de *vivre* leur propre tristesse et la croyance que le fait *d'exprimer* leur tristesse en présence d'autres serait mal reçu par eux. Bien que ceci n'était pas universel chez les participants (Mélanie affirmant que sa tristesse était bien reçue en temps de deuil, mais que dans la vie de tous les jours, ce n'était pas toujours le cas), la majorité évitait de pleurer en public ou devant leurs proches lorsque

possible. Par exemple, Mario pour éviter de gâcher le moment, Marie, pour ne pas influencer le développement de son fils, Myriam, par peur d'être un poids pour les autres et Manuel parce qu'il a appris dans l'armée que pleurer la mort d'un proche n'était pas adaptatif, témoignaient tous indirectement d'attitudes sociales négatives face à l'expression de la tristesse. Pourtant, une ambiguïté demeurait, puisque bien que les participants croyaient qu'il valait mieux ne pas pleurer devant autrui, ils acceptaient le fait de *vivre* leur propre tristesse, la considérant comme nécessaire. La tristesse est donc pour eux un ingrédient utile et même essentiel du deuil, permettant de s'occuper de soi, de prendre un retrait du monde pour digérer la perte et ainsi aider à en faire sens, de réaliser que l'être cher est disparu et de soulager une tension. Il semblerait que, pour les gens qui au contraire souffriraient d'un deuil compliqué, il soit plus difficile de vivre des émotions « négatives », comme la tristesse, qui ont une qualité différente, moins tolérable (Briand-Malendant et al., 2010 ; Gupta et Bonanno, 2011). En ce sens, il est préoccupant que l'expression de la tristesse puisse être socialement découragée (et ce, parfois dès la naissance). En effet, le fait de pouvoir exprimer ses émotions en toute confiance auprès de ses proches et d'être validé, aide à développer une capacité à tolérer ses émotions, ce qui jouerait un rôle dans le travail de deuil (Briand-Malendant et al., 2010).

Il est pertinent de se questionner sur la nature de cette apparente contradiction entre l'attitude négative face à l'expression de la tristesse et l'attitude positive face à la tristesse en soi. Il semble plausible que les endeuillés aient *besoin* de vivre et d'exprimer leur tristesse en présence de leurs proches, mais qu'ils puissent penser que leurs proches trouvent exigeant d'être à l'écoute de la tristesse. En effet, les gens seraient portés à aider un proche triste, mais jusqu'à un certain point (Bonanno, 2009). Il est donc possible que les participants, ressentant eux-mêmes l'aspect désagréable (même si tolérable) de la tristesse, ne voulaient imposer leur émotion à autrui.

Troisièmement, on retrouve chez les participants un décalage entre leur capacité à faire sens de la mort de leur parent et les circonstances absurdes ou frustrantes de la mort, ainsi que les

événements concomitants. Comme la mort n'est que rarement un événement isolé dans une vie, les capacités de la personne à contenir et symboliser cette perte, c'est-à-dire « mettre ensemble les données externes et la psyché qui les inscrit sous forme d'expérience et avoir une certaine conscience de ce travail, du fait que ce sont les données « pour soi » » (Roussillon, 2013, p. 2), sont souvent insuffisantes pour l'ampleur du traumatisme, ou même les traumatismes/pertes qu'ils vivent simultanément. Bien que leur appareil psychique leur permettait de contenir la charge de la perte et de vivre la tristesse qu'ils avaient à vivre (et donc de souffrir « assez » : Briand-Malenfant et al., 2010), il pouvait être difficile de contenir l'entièreté des autres éléments traumatiques ou simplement difficiles à vivre mais présents en surcharge qui se présentaient simultanément. Il semblerait notamment que les gens perdant un proche de manière subite vivaient des deuils plus difficiles et plus longs (Ott, Lueger, Kelber, et Prigerson, 2007). C'est par exemple le cas de Myriam, qui a perdu son père à un jeune âge, dans un accident, et qui a vécu des symptômes de dépression pendant deux ou trois semaines. D'un autre côté, il serait possible que les croyances d'un individu viennent influencer le déroulement du deuil, par la manière d'interpréter la mort. Bonanno et al. (2002) ont trouvé que l'acceptation de la mort en soi, et/ou d'un contexte traumatisant entourant celle-ci, étaient liées à la croyance en un monde juste. Il serait donc intéressant d'investiguer davantage le niveau de cette croyance chez les endeuillés pour évaluer leur risque de vivre un deuil chronique ou au contraire d'arriver à faire sens de la mort.

Un surplus non métabolisé pouvait être présent et somatisé, qu'il soit dû à ces événements concomitants, aux circonstances traumatisantes, à l'incapacité à se préparer à la mort, à une relation conflictuelle ou insuffisante avec le parent, et/ou à des capacités de mentalisation bonnes mais insuffisantes pour contenir l'entièreté de la tristesse (De Gucht et Heiser, 2003). Chez certaines personnes, la tristesse pouvait donc « déborder », faute de capacités à mentaliser les puissantes émotions du deuil. Ce surplus était dans ce cas somatisé par certains participants, qui présentaient

divers symptômes physiques en lien avec la mort de leur proche : une perte d'appétit, de l'insomnie, de l'urticaire ou encore des maux de ventre (De Gucht et Heiser, 2003). Bien que certains de ces symptômes s'apparentent à ceux de la dépression majeure, selon le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), les participants ne vivaient toutefois pas de dépression, ne présentant pas l'un des deux critères essentiels au diagnostic, soit l'humeur dépressive ou la perte d'intérêt ou de plaisir, en plus de ne pas présenter le minimum requis de cinq critères.

Quant à leur manière de vivre, et la signification qu'ils donnaient à la tristesse hors du deuil, certains participants se démarquaient des autres. Bien que le groupe était homogène quant à la quantité de symptômes de dépression, cela n'empêchait pas certaines idiosyncrasies. Par exemple, Marguerite associait habituellement la tristesse à un sentiment d'être rejetée par les autres, à l'autocritique, à la déprime, à un sentiment de vide et à la tendance à s'isoler. En ce sens, bien que les patients soient uniformes dans leur absence de symptômes de deuil pathologique, il fallait s'attendre à de fortes variations interindividuelles dans leur personnalité et la façon de vivre leur tristesse.

La présente étude comportait certaines limites. Premièrement, elle ne comprenait aucune façon de valider qu'il s'agissait de deuils résilients autrement que par une appréciation subjective de la qualité du deuil et par la mesure de symptômes de dépression sur l'échelle du BDI-II. Il n'était donc peut-être pas suffisant que les participants n'aient pas un niveau élevé de symptômes dépressifs. D'autres mesures, comme une échelle de résilience, auraient pu être utilisées pour sélectionner les participants de façon plus précise. Par exemple, la Connor-Davidson Resilience Scale (Connor et Davidson, 2003), qui mesure entre autres la capacité à s'adapter, les symptômes de dépression, l'estime de soi, la solidité des relations interpersonnelles, et la capacité à tolérer des émotions difficiles, aurait pu ajouter à la probabilité de recruter des participants vivant un deuil résilient. Cependant, les conditions de recrutement étaient difficiles, considérant le faible nombre de gens correspondant au

critère d'avoir perdu un parent dans une période de temps aussi restreinte. Ces conditions difficiles ont également poussé les chercheurs à recruter un participant ayant obtenu un score de 22 au BDI-II, au de-là du seuil de 19 établi au départ. Également, les données ne peuvent pas être extrapolées à une population plus large, étant donné l'usage d'une méthode qualitative et d'un échantillon restreint. Elles ne visent donc pas à généraliser et ne s'appliquent donc qu'au contexte qui a été étudié, soit des endeuillés résilients francophones de culture occidentale ayant perdu un parent. Il serait donc pertinent d'investiguer des contextes similaires mais différents. Comme mentionné ci-haut, les résultats pouvaient être influencés par les a priori théoriques des chercheurs. Davantage de méthodes de validation de la qualité de l'étude auraient également pu être employées, comme la triangulation, qui vise à observer si deux (ou plus) sources de données convergent dans leurs résultats, ou la validation avec les répondants. Par exemple, dans cette dernière technique, les résultats sont présentés aux participants dans le but de valider avec eux que leur expérience subjective y est bien représentée (Mays et Pope, 2000).

En somme, la tristesse telle que vécue par les participants s'est avérée être une émotion tolérable, jugée comme nécessaire, et dont ceux-ci faisaient sens, bien qu'elle soit désagréable à vivre. Cette conception s'éloignait de celle de la tristesse moins adaptative du deuil conçu comme pathologique, où elle est dépeinte comme débordante et intolérable. Toutefois, le deuil résilient décrit par les participants n'était pas non plus idéal. On ne peut dire qu'il s'agissait d'un deuil « propre », où la tristesse ferait office de baume facilitant le deuil : dans aucun des témoignages recueillis, le deuil ne suivait une trajectoire fixe, divergeant plutôt d'une personne à l'autre. La tristesse semblait aller et venir, par épisodes courts mais difficiles, à mesure que le deuil suivait son cours. Ce processus unique et non-idéal, mais supportable par les participants, semblait ultimement mener à une acceptation (bien qu'imparfaite) de la mort du défunt. Cette étude a donc permis de faire le portrait d'une tristesse productive, distincte de l'affect dépressif. La différence entre le deuil résilient et le deuil pathologique

ne serait donc pas fonction de la *quantité* de tristesse vécue, mais surtout de la *qualité* de cette tristesse. Il pourrait donc être pertinent d'aider les gens à être « capables de vivre leur tristesse » (Briand-Malenfant et al., 2010), puisque cette émotion semble être un ingrédient essentiel à un deuil réussi, comparativement à la détresse et aux affects dépressifs, qui sont présentes dans les deuils pathologiques (Horowitz et al., 2003).

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2013). *Major Depressive Disorder and the “Bereavement Exclusion”*. Repéré à <http://www.dsm5.org/Documents/Bereavement%20Exclusion%20Fact%20Sheet.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM 5*. American Psychiatric Association.
- Aries, P. (1974). The reversal of death: changes in attitudes toward death in Western societies. *American Quarterly*, 26(5), 536-560.
- Aries, P. (1981). *The Hour of our Death*, trans. *Helen Weaver (New York: Alfred A. Knopf, 1981)*, 393.
- Barr, R. G. (1990). The crying paradox: A modest proposal. *Human Nature*, 1, 355–389.
- Beck, A. T., Steer, R. A., et Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490-8.
- Biggerstaff, D., et Thompson, A. R. (2008). Interpretative phenomenological analysis (IPA): A qualitative methodology of choice in healthcare research. *Qualitative research in psychology*, 5(3), 214-224.
- Bodenhausen, G.V., Sheppard, L.A., et Kramer, G.P. (1994). Negative Affect and Social Judgement: The Differential Impact of Anger and Sadness, *European Journal of Social Psychology*, 24, 45-62.
- Bonanno, G.A. (2009). *The Other Side of Sadness: What the New Science of Bereavement Tells Us About Life After Loss*. New York, États-Unis: Basic Books.
- Bonanno, G.A., Goorin, L., et Coifman, K.G. (2008). Sadness and Grief, dans M. Lewis, J. Haviland-Jones, et L.F. Barrett (dir.), *Handbook of Emotions* (3rd ed., p.797-

- 810), New York, États-Unis : Guilford Press.
- Bonanno, G.A., Wortman, C.B., Lehman, D.R., Tweed, R.G., Haring, M., Sonnega, J., Carr, D., Neese, R.M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-month. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (5), 1150-1164.
- Briand-Malenfant, R., Lecours, S., et Deschenaux, E. (2010). La capacité d'être triste: implications pour la psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, 30(4), 191-201.
- Brocki, J. M., et Wearden, A. J. (2006). A critical evaluation of the use of interpretative phenomenological analysis (IPA) in health psychology. *Psychology and health*, 21(1), 87-108.
- Chan, Z. C., Fung, Y. L., et Chien, W. T. (2013). Bracketing in phenomenology: only undertaken in the data collection and analysis process?. *The Qualitative Report*, 18(30), 1.
- Connor, K. M., et Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Coyne, J. C. (1976). Depression and the response of others. *Journal of abnormal psychology*, 85(2), 186.
- De Gucht, V., et Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation: a quantitative review of the literature. *Journal of psychosomatic research*, 54(5), 425-434.
- Eisenberg, N., Fabes, R.A., Miller, P.A., Fultz, J., Shell, R., Mathy, R.M., et Reno, R.R. (1989). Relation of Sympathy and Distress to Prosocial Behavior: A Multimethod Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 55-66.

- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition et emotion*, 6(3-4), 169-200.
- Fischer, C. (2009). Bracketing in qualitative research: Conceptual and practical matters. *Psychotherapy Research*, 19, 583–590.
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. Standard Edition (Vol. 14, pp. 237-258).
- Gaines, R. (1997). Detachment and continuity: The two tasks of mourning. *Contemporary Psychoanalysis*, 33(4), 549-571.
- Hagman, G. (1995). Mourning: A review and reconsideration. *The International journal of psycho-analysis*, 76(5), 909.
- Harper, M., O'Connor, R., Dickson, A., et O'Carroll, R. (2011). Mothers continuing bonds and ambivalence to personal mortality after the death of their child—an interpretative phenomenological analysis. *Psychology, Health et Medicine*, 16(2), 203-214.
- Horwitz, A. V., et Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford University Press.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., et Stinson, C. H. (2003). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Focus*, 1(3), 290-298.
- Izard, C.E. (1993). Four systems for emotion activation: Cognitive and noncognitive processes. *Psychological Review*, 99, 561-565.
- Klerman, G. L., et Izen, J. E. (1977). The effects of bereavement and grief on physical health and general well-being. In *Epidemiologic Studies in Psychosomatic Medicine* (pp. 63-104). Karger Publishers.
- Lamiell, J. (1987). *The psychology of personality*. New York: Columbia University Press.

- Laslett, P. (1969). Size and structure of the household in England over three centuries. *Population studies*, 23(2), 199-223.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York, États-Unis: Oxford University Press.
- Lecours, S., Robert, G., et Desruisseaux, F. (2009). Alexithymie et élaboration verbale de l'affect chez des adultes souffrant d'une pathologie respiratoire. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 59(3), 187-195.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American journal of psychiatry*, 101(2), 141-148.
- Lummaa, V., Vuorisalo, T., Barr, R. G., et Lehtonen, L. (1998). Why cry? Adaptive significance of intensive crying in human infants. *Evolution and Human Behavior*, 19, 193–202.
- Mays, N., et Pope, C. (2000). Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7226), 50.
- Nesse, R. M. (1990). Evolutionary explanations of emotions. *Human nature*, 1(3), 261-289.
- O'Connor, H., et Gibson, N. (2003). A step-by-step guide to qualitative data analysis. *Pimatisiwin: A Journal of Indigenous and Aboriginal Community Health*, 1(1), 63-90.
- Oeppen, J., et Vaupel, J. W. (2002). Broken limits to life expectancy. *Science*, 296(5570), 1029-1031.

- Ott, C. H., Lueger, R. J., Kelber, S. T., et Prigerson, H. G. (2007). Spousal bereavement in older adults: Common, resilient, and chronic grief with defining characteristics. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(4), 332-341.
- Peirce, R. S., Frone, M. R., Russell, M., Cooper, M. L., et Mudar, P. (2000). A longitudinal model of social contact, social support, depression, and alcohol use. *Health Psychology*, 19(1), 28.
- Roussillon, R. (2013). *Symbolisations primaires et secondaires*. Repéré à <https://reneroussillon.files.wordpress.com/2014/07/symbolisations-p-et-s-madrid-2013.pdf>
- Simple sondage, Solution de sondage intelligent en ligne bilingue et multilingue (2016). Repéré à <http://www.simplesondage.com/>
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1, 39–54.
- Smith J. A., Flowers, P., et Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis*. Thousand Oaks, États-Unis: Sage.
- Smith, J. A., Harré, R., et Van Langenhove, L. (Eds.). (1995). *Rethinking methods in psychology*. Sage.
- Smith, A., Joseph, S., et Das Nair, R. (2011). An interpretative phenomenological analysis of posttraumatic growth in adults bereaved by suicide. *Journal of Loss and Trauma*, 16(5), 413-430.
- Smith, J. A., et Osborn, M. (2007). Pain as an assault on the self: An interpretative phenomenological analysis of the psychological impact of chronic benign low back pain. *Psychology and health*, 22(5), 517-534.

- Statistique Canada. (2012). *Cinquante ans de familles au Canada : 1961 à 2011*. Repéré à http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011003_1-fra.pdf
- Stern, K., Williams, G. M., et Prados, M. (1951). Grief reactions in later life. *American Journal of Psychiatry*, 108, 289–294.
- Storbeck, J. et Clore, G. (2005). With sadness comes accuracy; With happiness, false memory: Mood and the false memory effect. *Psychological science*, 16 (10), 785-789.
- Stroebe, W., et Stroebe, M. S. (1987). *Bereavement and health: The psychological and physical consequences of partner loss*. Cambridge University Press.
- Wang, Y. P., et Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(4), 416-431.
- Welling, H. (2003). An evolutionary function of the depressive reaction: the cognitive map hypothesis. *New Ideas in Psychology*, 21(2), 147-156.
- Yin, R. K. (1989). Research design issues in using the case study method to study management information systems. *The information systems research challenge: Qualitative research methods*, 1, 1-6.

CHAPITRE 4 : DISCUSSION

1. La médicalisation du deuil

1.1. Tristesse, détresse et perte

Cette thèse a permis d'aborder par deux fronts les processus émotionnels liés au deuil. Dans un premier temps, une distinction a été faite sur une base conceptuelle entre deux types de deuil : le deuil pathologique et le deuil résilient. Nous avons proposé que ces deux types de deuils sont situés sur un continuum, et que la différence entre eux réside dans la qualité, et non seulement la quantité de la souffrance vécue. Ainsi, la tristesse dans le deuil résilient serait désagréable mais tolérable, alors que la souffrance suivant la perte dans le deuil pathologique, la détresse, serait peu tolérable ou intolérable. Dans un second temps, la souffrance d'endeuillés résilients a été abordée d'un point de vue phénoménologique. Nous avons pu observer que les participants, bien qu'ayant souffert de la tristesse vécue suite à la perte et ayant eu hâte que le deuil se termine, sont parvenus à faire le point sur leur relation avec le défunt et leurs émotions, ce qui leur a permis de faire sens de leur expérience et de se détacher progressivement de lui.

Il semblerait que la tristesse soit impliquée dans l'acceptation de la perte et que, par conséquent, elle soit utile, adaptative, et qu'elle aide à faire sens de la mort (Bonanno, 2010; Briand-Malenfant, Lecours et Deschenaux, 2010; Freud, 1963; Nesse, 2000; Welling, 2003). La détresse, dans sa ressemblance avec les comportements de protestation de l'enfant, viserait à provoquer la réunion. Elle retarderait donc de facto l'acceptation de la perte, puisque le survivant utiliserait les stratégies comportementales visant habituellement le retour de la personne plutôt que celles facilitant l'adaptation à sa nouvelle réalité (Briand-Malenfant et al., 2010 ; Freed et Mann, 2007). Apprendre à

tolérer l'absence de l'autre sans éviter la douleur que cela implique serait en ce sens préférable.

1.2. Médicalisation de la souffrance

Bien que d'apprendre à tolérer cette souffrance soit possible, cela peut être long et difficile, et va à l'encontre de la tendance culturelle à vouloir éviter les affects négatifs (Koopmann-Holm et Tsai, 2014). En effet, l'idée de vouloir soulager immédiatement la souffrance pour assurer un retour rapide et efficace au fonctionnement normal dans les sphères des relations et du travail est profondément imprégnée dans notre culture (Bourgeois-Guérin, 2014). Cette mentalité a émergé des capacités grandissantes de la médecine moderne à traiter les maladies et soulager la souffrance physique, une attitude qui s'est transposée à la souffrance psychique (Granek, 2010). De plus, une confusion peut exister entre le fait de simplement ressentir un affect négatif et le fait de vivre une catastrophe réelle, un danger pour soi, chez les gens ayant des capacités de mentalisation plus limitées (Fonagy et Target, 2003; Lecours, 2016). La perte est vécue comme la perte d'une partie de soi, et l'intégrité est donc compromise. Cela peut affecter les capacités de prise de décisions, l'autonomie et donc l'impression d'avoir une capacité à survivre sans l'autre. L'autre, presque comme un organe, remplit une fonction, soit de combler ses besoins, plus qu'il n'est pas considéré comme un individu à part entière (Renaud, 2007). Cela est attribuable à l'incapacité d'intégrer les expériences vécues, les représentations de soi et les émotions ressenties en un tout cohérent. Ainsi, la représentation de soi et de l'autre comme deux personnes à part, aux intentions et aux vécus différents, bien qu'en relation, est floue et mal intégrée. L'autre est traité et considéré comme ce qu'il signifie pour soi (et quelle fonction il remplit), et non comme ce qu'il est en tant qu'individu (Clarkin, Yeomans et Kernberg, 1999 ; Renaud, 2007). Ainsi, comme le modèle médical

visé à soulager la douleur suite à une maladie ou à l'amputation d'un organe, il est facile de pousser l'analogie, l'appliquant également au traitement de la souffrance liée au deuil ou à une dépression : si la personne souffre, il faut simplement lui « enlever » cette souffrance, selon cette vision médicale. Cependant, ne pas adapter le traitement au type de souffrance vécue ne rend pas service au patient. Il est important que le thérapeute et le milieu médical puissent être renseignés sur la différence entre la souffrance normale d'un deuil et la dépression, puisque la différence tend à être de plus en plus ténue aux yeux des cliniciens dans l'évaluation psychologique (Lecours, 2016 ; Horwitz et Wakefield, 2007).

1.3. Le retrait du critère d'exclusion du deuil dans le diagnostic d'épisode de dépression majeure

Par le retrait du critère d'exclusion du deuil dans le diagnostic d'épisode de dépression majeure du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015), les auteurs ont visé à ne limiter ni l'accès au traitement pour les patients ni les pouvoirs des professionnels de la santé. En effet, ce critère d'exclusion était auparavant un frein au diagnostic de dépression lorsqu'une personne rencontrait les critères d'un épisode dépressif majeur, mais que celui-ci pouvait être mieux expliqué par une perte (Wakefield et First, 2012). Cependant, ce retrait a suscité des controverses dans le milieu médical et dans la littérature, certains auteurs se prononçant contre (Wakefield et First, 2012) et d'autres affirmant que la validité du critère d'exclusion n'est pas supportée empiriquement (Lamb, Pies et Zisook, 2010).

Le problème avec une telle approche, selon Horwitz et Wakefield (2007), est que la psychiatrie contemporaine a tendance à confondre tristesse normale et dépression, puisqu'elle ignore la relation entre les symptômes et le contexte dans lequel ils émergent. Ils argumentent que la définition actuelle de la dépression, et donc son diagnostic, sont

basés sur la prémisse que la présence des symptômes est suffisante pour indiquer qu'il y a un trouble. Cela fait en sorte que les réponses normales à un stressor puissent être considérées comme des symptômes d'un trouble. Ils distinguent donc la tristesse « avec cause », qui est jugée normale et adaptée en réaction à la cause, et la mélancolie, dépression jugée « sans cause » et disproportionnée par rapport à la situation. Horwitz et Wakefield (2007) estiment que la ligne s'est récemment estompée entre les deux, ce qui explique la tendance à l'inflation des diagnostics. En effet, les manifestations de la tristesse normale et les critères de la dépression réelle peuvent être mêlés et cumulés pour atteindre les cinq critères nécessaires au diagnostic. Par exemple, le premier critère du DSM-5, qui pourrait être une réaction normale à une perte, est maintenant un symptôme de dépression : « une humeur dépressive présente la plus grande partie de la journée, presque tous les jours, comme signalée par la personne (p. ex., se sent triste, vide, désespérée) ou observée par les autres (p. ex., pleure) » (American Psychiatric Association, 2015). Il serait en effet plausible et normal d'observer une telle tristesse, accompagnée de pleurs, pour plusieurs jours chez une personne en deuil (Horwitz et Wakefield, 2007). Cependant, une approche par cumul de critères ne laisse pas autant de place au jugement du clinicien, favorisant une mentalité de diagnostic par « check-list ».

1.4. Différences entre tristesse normale et dépression

Trois critères importants distingueraient la tristesse normale de la dépression (Horwitz et Wakefield, 2007). Premièrement, la tristesse serait spécifique à un contexte donné. Par exemple, il est normal de ressentir de la tristesse à la suite de la mort d'un parent. Toutefois, il n'est pas normal d'être triste lorsque l'on ne vit pas de conflits, de pertes ou de situations stressantes particulières dans le moment, ou que l'on n'en a pas vécu récemment. Deuxièmement, la réaction de tristesse doit être proportionnelle à la

perte. Cela implique que la perception des événements négatifs vécus est ajustée à la réalité et n'est pas excessivement altérée. Une réaction marquée à un traumatisme important est donc jugée normale. Toutefois, cela ne devrait pas impliquer une décompensation sévère, comme un épisode psychotique. Troisièmement, la tristesse doit se terminer lorsque la situation change ou disparaître graduellement avec le temps. Ainsi, une tristesse d'intensité normale considérant la situation deviendrait pathologique à partir du moment où elle durerait très longtemps et diminuerait peu en intensité. La combinaison de ces trois critères serait nécessaire pour apprécier la normalité ou la pathologie d'une réaction dysphorique (Horwitz et Wakefield, 2007).

1.5. Impacts de la médicalisation du deuil

La vision médicalisante du deuil résulterait en une augmentation flagrante du nombre de diagnostics d'épisodes de dépression majeure chez les endeuillés (Horwitz et Wakefield, 2007). En effet, parmi les endeuillés, environ 33 à 50 % des gens répondraient aux critères de diagnostic durant le premier mois après la mort sans le critère d'exclusion (Clayton et Darvish, 1979 ; Horwitz et Wakefield, 2007 ; Zisook & Shuchter, 1991). Spécifiquement chez les gens ayant perdu un conjoint, c'est de une à deux personnes sur cinq qui ont des symptômes de sévérité comparable à un épisode de dépression majeure durant les premiers mois de deuil, un taux qui est encore plus élevé chez les parents dont c'est l'enfant qui a perdu la vie et chez les adolescents en deuil d'un parent (Bruce, Kim, Leaf et Jacobs, 1990 ; Horwitz et Wakefield, 2007 ; Zisook, Paulus, Shuchter, et Judd, 1997 ; Zisook & Shuchter, 1991). C'est donc dire que le critère d'exclusion peut faire en sorte que trop d'endeuillés, vivant pourtant un processus normal de perte, soient vus comme des malades à traiter.

Bien que des études empiriques futures soient requises pour confirmer cette hypothèse, le fait de traiter le deuil normal comme une dépression pourrait possiblement nuire au pronostic et même au processus de deuil (Bandini, 2015 ; First, 2011 ; Wakefield, Schmitz et Baer, 2011). Par exemple, la prescription de médication, comme des antidépresseurs, pourrait empêcher la personne de se mettre en contact avec sa tristesse. Les gens traités aux antidépresseurs rapportent en effet une capacité réduite à pleurer et un émoussement généralisé des affects (Opbroek et al., 2002). La personne peut également ressentir une dissonance entre son état émotionnel et le diagnostic qui lui est apposé, ce qui peut être stigmatisant. On apprend aux gens que leur souffrance est anormale, pathologique et on leur inculque la notion que cette tristesse est un handicap, une faiblesse qui doit être corrigée. De plus, cela a pour effet de normaliser cette vision de la souffrance comme étant indésirable et devant être éradiquée à tout prix, ce qui ultimement n'aide pas à faire sens d'une perte, donc à faire le travail de deuil via la tristesse. La tendance de la communauté médicale à diagnostiquer et traiter le deuil comme étant équivalent à la dépression est donc à l'opposé d'une approche visant à aider le patient à apprendre à tolérer sa souffrance.

Il est cependant possible qu'un deuil soit pathologique au point d'être sévèrement handicapant et qu'il nécessite un suivi psychiatrique avec prescription d'une médication. Nous croyons que la distinction entre les signes et symptômes du deuil, qu'il soit résilient ou pathologique, et ceux de la dépression, devrait tout simplement mieux être établie. En effet, la tendance à surdiagnostiquer, mise en évidence par Horwitz et Wakefield (2007), est souvent considérée comme ayant de graves répercussions tant dans le milieu médical que dans le milieu social. Avec le nombre de diagnostics en hausse, la quantité de gens subissant un traitement sans en avoir besoin augmenterait, menant à un impact

imprévisible sur leur bien-être et à une stigmatisation liée au diagnostic en soi (Bandini, 2015 ; Bolton, 2013 ; Frances, 2013 ; Wakefield, 2015). D'autant plus que chez des participants ayant perdu leur conjoint, Prigerson et ses collaborateurs ont constaté que les symptômes du deuil compliqué étaient distincts des symptômes de la dépression. Selon eux, ces symptômes de deuil seraient caractéristiques d'un trouble à part et l'attribution d'un diagnostic de dépression majeure à un individu vivant un deuil pathologique risquerait de mener au mauvais traitement (Prigerson et al., 1995).

2. Types de souffrances : implications cliniques

Il est donc justifié de se questionner sur les implications cliniques de ces investigations. Dans le contexte de l'évaluation psychologique qui précède le suivi, le fait de mieux discerner le type de deuil vécu pourrait permettre de mieux orienter le traitement. Cela pousse à se questionner sur la façon dont la souffrance du deuil doit être accueillie, en fonction de la personne. Rando (1995), notamment, fait mention de la nécessité de vivre cette souffrance, en faisant une de ses six tâches essentielles du deuil. Selon elle, elle servirait de rappel que la personne n'est plus présente, à chaque fois que la personne penserait au défunt (Rando, 1995). Cependant, elle traite de l'aspect subjectif de la souffrance, et non de sa situation dans le cadre relationnel. En effet, quel est le but et quelles sont les conséquences de l'expression de la souffrance en présence de l'autre ? La question demeure donc : dans le cadre d'un traitement, l'expression de cette souffrance est-elle en quelque sorte cathartique, ou au contraire encourage-t-elle la personne à dépendre de quelqu'un d'autre pour faire son « travail de deuil » ? Le thérapeute contribue-t-il à intégrer des habiletés de mentalisation ? Et quels sont les rôles de l'exploration et de l'interprétation lorsque que la personne vit une émotion débordante,

comme la détresse, par opposition à une émotion plus tolérable, comme la tristesse ? La question de la gestion de la souffrance et des débordements émotionnels, en thérapie, est matière à débat, et plusieurs positions ont été proposées (Lecours, 2016).

D'abord, il est possible d'encourager le patient à vivre sa souffrance dans le contexte sécuritaire de la thérapie, d'encourager le fait de vivre l'émotion pour lui donner un rôle d'exutoire, puis d'aider la personne à en faire sens (Lecours, 2016). Dans le cas de la tristesse, cela équivaldrait à faire son « travail de deuil », la personne assimilant la disparition de l'autre personne et faisant le point sur la relation (Freud, 1963). Dans le cas de la détresse, cependant, cela pourrait mener à une retraumatisation, car le contenu difficile excède les capacités à contenir les émotions, la personne étant incapable de tolérer et mentaliser le contenu débordant (Lecours, 2016).

Ensuite, il est possible de tenter d'atténuer la souffrance de l'individu, de la soulager, en utilisant des interventions pour soulager la personne, valider le vécu et ainsi diminuer l'excédent d'expérience débordante, dans le but d'éviter cette retraumatisation et de permettre au patient de se recomposer. Le problème avec cette approche est qu'elle encourage la personne à éviter de vivre pleinement ses émotions, et donc retarde le travail de deuil, même si elle permet un soulagement temporaire d'une souffrance intolérable. Dans le cas d'un individu capable de vivre de la tristesse, cette approche est contre-productive. Dans le cas d'un patient vivant de la détresse, il est possible que cette approche lui permette de sortir temporairement la tête hors de l'eau, mais n'encourage pas l'apprentissage d'habiletés de mentalisation qui permettront un meilleur travail de deuil à long terme (Lecours, 2016).

Une troisième approche, proposée par Lecours (2016), serait d'aider le client à tolérer sa souffrance, en l'aidant à contenir, observer et nommer l'émotion débordante

qu'il vit, plutôt que de la rejeter ou de l'étouffer. En s'ajustant à son niveau de mentalisation, le thérapeute utilise à la fois les interventions soutenant et validant et les interventions exploratoires et amplifiantes, en proportions appropriées. Cela permettra au client de développer sa capacité à mentaliser ses émotions et son expérience et ainsi de parvenir à éventuellement tolérer par lui-même sa souffrance. L'importance d'acquérir de bonnes capacités de mentalisation réside dans le fait que celles-ci impliquent une capacité à différencier l'expérience interne subjective en tant que telle de l'expérience concrète de l'évènement réel. Un déficit dans cette capacité résulte en un sentiment que les expériences vécues sont *trop vraies* et donc en une incapacité à prendre un recul par rapport à la perte pour en faire sens (Fonagy et Target, 2003; Lecours, 2016). En ce sens, l'évènement est plus difficile à tolérer s'il est vécu comme une catastrophe. À l'inverse, un tel déficit peut résulter en un état où l'expérience est vécue comme *trop peu vraie*, la personne devenant donc détachée de ses émotions (Bateman et Fonagy, 2004 ; Lecours, 2016). Cela peut l'empêcher de se connecter aux émotions de manière à faire le travail de deuil, parce que se mettre en contact avec ses émotions serait intolérable.

Il est donc important que le thérapeute puisse servir de contenant pour les émotions débordantes de l'endeuillé vivant de la détresse, ses capacités de mentalisation étant trop peu développées pour les tolérer (Briand-Malenfant et al., 2010; Casement, 1985; Bateman et Fonagy, 2004; Winnicott, 1989). Avec la répétition de telles expériences, le thérapeute sert de modèle dans l'apprentissage, chez le patient, que les émotions peuvent être tolérées par soi-même (Briand-Malenfant et al., 2010; Lecours, 2016). Ainsi, l'endeuillé pourra donc accomplir les tâches nécessaires à un deuil sain, puisqu'il pourra contenir ce qu'il ressent, lui permettant de ne pas rejeter la réalité de la perte et des émotions qui l'accompagnent, de tolérer la souffrance qui vient avec, de se

représenter de façon nuancée et réaliste les bons comme les mauvais côtés de la personne (qui pourraient être vécus comme intolérables ou inacceptables et donc écartés de la conscience) et ainsi de se détacher progressivement du défunt et de réinvestir le monde d'une nouvelle façon (Rando, 1995).

Cette thèse avait donc pour objectif non seulement de mettre en évidence la mince ligne qui sépare ces différentes expériences dysphoriques, une ligne qui tend à devenir de plus en plus floue avec la médicalisation de la souffrance, mais aussi de les établir comme des construits pertinents, à la fois en recherche et en clinique. L'importance de cet apport réside dans le fait qu'une approche unique de traitement pour plusieurs types de conditions de qualité différente pourrait ne pas être optimale. Il est possible qu'il faille plutôt personnaliser le traitement, une tendance à l'opposé de ce mouvement médicalisant le deuil et la tristesse. Une façon de renforcer chez les cliniciens la compréhension de ces catégories d'affects bien distinctes est donc d'élargir les connaissances en augmentant le volume de recherche sur le sujet, mais aussi d'effectuer un transfert des connaissances chez les professionnels de la santé mentale, autant que dans la population générale qui pourrait bénéficier de savoir que leur deuil requiert ou non la consultation d'un professionnel. Il est entre autres primordial de déstigmatiser la tristesse, de lui redonner ses lettres de noblesse, cette émotion étant adaptative, un héritage de milliers d'années d'évolution.

Aussi, le fait de distinguer ces qualités différentes d'expériences dysphoriques permet d'offrir des pistes de solution sur la façon de les traiter, tel que mentionné plus tôt. Porter attention à ce que vit le patient est déjà un premier pas vers le choix d'un plan de traitement approprié, le type de souffrance devant orienter les choix du thérapeute quant à

son rôle, soit comme contenant pour les émotions débordantes, comme baume pour une souffrance intolérable, ou comme un guide dans la façon de faire sens de la perte.

3. Conclusion

L'expérience de la tristesse, au-delà de sa variabilité en intensité d'une personne à l'autre et d'une perte à une autre, pourrait donc varier de façon notable sur plusieurs aspects. En effet, des différences qualitatives et non seulement quantitatives se manifesteraient dans l'expression de cette émotion, mais aussi dans le vécu subjectif. Cette distinction était peu présente dans la littérature jusqu'à récemment et cette thèse visait donc à distinguer différentes expériences dysphoriques, soit la tristesse, la détresse et la dépression, plus précisément dans le cadre du deuil, et à explorer la subjectivité d'endeuillés en lien avec ces expériences affectives.

Il serait intéressant de tenter de valider les hypothèses qui y ont été émises autant par d'autres investigations qualitatives que par des méthodes quantitatives, par exemple avec d'éventuels inventaires mesurant la qualité de la tristesse vécue par des participants. Il serait également possible de tenter de mettre ces types de tristesse en lien avec certains traits de personnalité, le style de régulation émotionnelle ou la présence de diagnostics psychiatriques, entre autres. En somme, cette thèse contribue à la connaissance des processus émotionnels liés au deuil, et en particulier au rôle adaptatif de la tristesse dans le travail de deuil suivant la perte. D'éventuelles recherches empiriques permettront d'élargir les connaissances dans le domaine afin de mieux encadrer le traitement des deuils plus difficiles, mais aussi de ne pas surmédicaliser les deuils normaux, ce qui pourrait avoir des répercussions néfastes, tant au niveau individuel que social.

RÉFÉRENCES

- Abraham, K. (1924). A short story of the development of the libido, viewed in the light of mental disorders. *K. Abraham: Selected papers on psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- American Psychiatric Association. (2013). *Major Depressive Disorder and the “Bereavement Exclusion”*. Repéré à <http://www.dsm5.org/Documents/Bereavement%20Exclusion%20Fact%20Sheet.pdf>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.
- Archer, J. (1999). *The nature of grief: The evolution and psychology of reactions to loss*. Florence, États-Unis: Routledge.
- Arieti, S., et Bemporad, J. R. (1980). The psychological organization of depression. *The American Journal of Psychiatry*, 137(11), 1360-1365.
- Averill, J. R. (1968). Grief: Its nature and significance. *Psychological bulletin*, 70, 721.
- Bandini, J. (2015). The medicalization of bereavement:(Ab)normal grief in the DSM-5. *Death studies*, 39(6), 347-352.
- Barr, R. G. (1990). The crying paradox: A modest proposal. *Human Nature*, 1, 355–389.
- Bateman, A. W., et Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of personality disorders*, 18(1), 36-51.
- Berzoff, J. (2003). Psychodynamic theories in grief and bereavement. *Smith College Studies in Social Work*, 73(3), 273-298.

- Bodenhausen, G.V., Sheppard, L.A., et Kramer, G.P. (1994). Negative Affect and Social Judgement: The Differential Impact of Anger and Sadness, *European Journal of Social Psychology*, 24, 45-62.
- Bolton, D. (2013). Overdiagnosis Problems in the DSM-IV and the New DSM-5: Can They Be Resolved by the Distress—Impairment Criterion?. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(11), 612-617.
- Bonanno, G.A. (2009). *The Other Side of Sadness: What the New Science of Bereavement Tells Us About Life After Loss*. New York, États-Unis: Basic Books.
- Bonanno, G.A., Goorin, L., et Coifman, K.G. (2008). Sadness and Grief, dans M. Lewis, J. Haviland-Jones, et L.F. Barrett (dir.), *Handbook of Emotions* (3rd ed., p.797-810), New York, États-Unis : Guilford Press.
- Bonanno, G. A., et Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21, 705–734.
- Bonanno, G. A., Papa, A., et O’Neill, K. (2001). Loss and human resilience. *Applied and preventive Psychology*, 10 (3), 193-206.
- Bonanno, G.A., Wortman, C.B., Lehman, D.R., Tweed, R.G., Haring, M., Sonnega, J., Carr, D., Neese, R.M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-month. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (5), 1150-1164.
- Bourgeois, M.-L. (1996). *Le deuil : Clinique et pathologie*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Bourgeois-Guérin, V. (2014). Deuil ou dépression? Réflexion critique sur la définition de la dépression du DSM 5. *Frontières*, 26(1-2).
- Bournstein, P. E., Clayton, P. J., Halikas, J. A., Maurice, W. L., et Robins, E. (1973). The depression of widowhood after thirteen months. *British Journal of Psychiatry*, 122, 561–566.

- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss*. New York, États-Unis : Basic Books.
- Bowlby, J. et Parkes, C. M. (1970). *The Child in his family*. New York, États-Unis: J. Wiley.
- Brewster, H. H. (1950). Grief: A disrupted human relationship. *Human Organization*, 9, 19–22.
- Briand-Malenfant, R., Lecours, S., Deschenaux, E. (2010). La capacité d’être triste : Implications pour la psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, 30(4), 191-201.
- Briand-Malenfant, R. (2012). Exploration qualitative de l’expérience de tristesse pour des patients souffrant d’un trouble de personnalité limite.
- Briand-Malenfant, R., Lecours, S., et Deschenaux, E. (2012). What does sadness mean to BPD patients? *Journal of personality disorders*, 26(6), 939-955.
- Brown, B. B., et Prinstein, M. J. (Eds.). (2011). *Encyclopedia of Adolescence, Three-Volume Set*. Academic Press.
- Bruce, M. L., Kim, K., Leaf, P. J., et Jacobs, S. (1990). Depressive episodes and dysphoria resulting from conjugal bereavement in a prospective community sample. *American Journal of Psychiatry*, 147(5), 608–611.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., et Kernberg, O. F. (2007). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. American Psychiatric Pub.
- Clayton, P.J., Halikas, J.A., et Maurice, W.L. (1973). Anticipatory Grief and Widowhood. *The British Journal of Psychiatry*, 122, 47-51.
- Clayton, P. J., et Darvish, H. S. (1979). Course of depressive symptoms following the stress of bereavement. *Stress and mental disorder*, 121-136.
- Cleiren, M. P. H. D. (1993). *Bereavement and adaptation: A comparative study of the aftermath of death*. Philadelphie, États-Unis: Hemisphere Publication Services.

- Couët-Garand, A., et Lecours, S. (2018) Une investigation phénoménologique d'une forme adaptative de tristesse chez des adultes vivant un deuil résilient suite à la perte d'un parent. Manuscrit à soumettre pour publication.
- Coyne, J. C., Kessler, R. C., Tal, M., et Turnbull, J. (1987). Living with a depressed person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 347–352.
- Davidson, R. J., Putnam, K. M., et Larson, C. L. (2000). Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation—a possible prelude to violence. *Science*, 289(5479), 591-594.
- DeSpelder, L. A., et Strickland, A. L. (2005). *The last dance: Encountering death and dying* (7th edition). Boston, États-Unis: McGraw-Hill Ryerson.
- Deutsch, H. (1937). Absence of grief. *Psychoanalytic Quarterly*, 6, 12–22.
- Drevets, W. C., et Raichle, M. E. (1998). Reciprocal suppression of regional cerebral blood flow during emotional versus higher cognitive processes: Implications for interactions between emotion and cognition. *Cognition and emotion*, 12(3), 353-385.
- Eisenberg, N., Fabes, R.A., Miller, P.A., Fultz, J., Shell, R., Mathy, R.M., et Reno, R.R. (1989). Relation of Sympathy and Distress to Prosocial Behavior: A Multimethod Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 55-66.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and emotion*, 6(3/4), 169-200.
- Farb, N. A., Anderson, A. K., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., et Segal, Z. V. (2010). Minding one's emotions: mindfulness training alters the neural expression of sadness. *Emotion*, 10(1), 25.
- First, M. B. (2011). DSM-5 proposals for mood disorders: a cost–benefit analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(1), 1-9.

- Fonagy, P., et Target, M. (2003). Evolution of the interpersonal interpretive function. *September 11 : Trauma and Human Bonds*, 900-1113.
- Frances, A. (2013). Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma and the medicalization of ordinary life. *Psychotherapy in Australia*, 19(3), 14.
- Fraley, R.C. et Bonanno, G.A. (2004). Attachment and loss: a test of three competing models on the association between attachment-related avoidance and adaptation to bereavement. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 878-890.
- Fraley, R.C., Heffeman, M.E., Vicary, A.M., et Brumbaugh, C.C. (2011). The experiences in close relationships – relation structures questionnaire: a method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological assessment*, 23(3), 615-625.
- Frank, D. W., Dewitt, M., Hudgens-Haney, M., Schaeffer, D. J., Ball, B. H., Schwarz, N. F., ... et Sabatinelli, D. (2014). Emotion regulation: quantitative meta-analysis of functional activation and deactivation. *Neuroscience et Biobehavioral Reviews*, 45, 202-211.
- Freed, P. J., et Mann, J. J. (2007). Sadness and loss: Toward a neurobiopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 28-34.
- Freud, S. (1913). Totem and taboo (AA Brill, Trans.). *New York: New Republic*.
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. Standard Edition (Vol. 14, pp. 237-258).
- Genevro, J. L., Marshall, T., et Miller, T. (2004). Chapter 2: Themes in research on bereavement and grief. *Death Studies*, 28(6), 498-505.
- Gilbert, S. (2006). *Death's door: Modern dying and the ways we grieve*. New York, États-Unis: W.W. Norton et Co.

- Granek, L. (2010). Grief as pathology: The evolution of grief theory in psychology from Freud to the present. *History of Psychology*, 13(1), 46-73.
- Gunderson, J. G., et Links, P. S. (2008). The borderline diagnosis. *Borderline personality disorder. A clinical guide*, 1-28.
- Gut, E. (1989). *Productive and unproductive depression*. New York, États-Unis: Basic Books.
- Hagen, E. H. (1999). The functions of postpartum depression. *Evolution and Human Behavior*, 20, 325–359.
- Hamburg, D. A. (1974). Coping behavior in life-threatening circumstances. *Psychotherapeutic Psychodynamics*, 23, 13–25.
- Hayes, A. M., et Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: science and practice*, 11(3), 255-262.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of Resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524.
- Hobson, C. J. (1964). Widows of Blackton. *New Society*, 4, 24, 13–16.
- Horwitz, A. V., et Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford University Press.
- Izard, C.E. (1993). Four systems for emotion activation: Cognitive and noncognitive processes. *Psychological Review*, 99, 561-565.
- Izard, C.E. (1994). Innate and Universal Facial Expressions: Evidence From Developmental and Cross-Cultural Research. *Psychological Bulletin*, 115(2), 288-299.
- Klerman, G. L. (1974). Depression and adaptation. Dans R. J. Friedman, et M. M. Katz (dir.), *The psychology of depression* (p. 127-156). Washington DC, États-Unis: John Wiley et Sons.

- Klinger, E. (1975). Consequences to commitment to and disengagement from incentives. *Psychological Review*, 82, 1–25.
- Koopmann-Holm, B., et Tsai, J. L. (2014). Focusing on the negative: Cultural differences in expressions of sympathy. *Journal of personality and social psychology*, 107(6), 1092.
- Kübler-Ross, E. (1969) *On Death and Dying*. New York, États-Unis: Macmillan.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York, États-Unis: Oxford University Press.
- Lecours, S. (2005). Niveaux de fonctionnement mental et psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, 2(25), 91-100.
- Lecours, S. (2016). Niveaux de mentalisation de la souffrance en clinique : agonie, détresse, et tristesse adaptative. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 235-257.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., et Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.
- Lieberman, P. (1991). *Uniquely Human: The Evolution of Speech, Thought, and Selfless Behavior*. Cambridge, États-Unis: Harvard University Press.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141–148.
- Lummaa, V., Vuorisalo, T., Barr, R. G., et Lehtonen, L. (1998). Why cry? Adaptive significance of intensive crying in human infants. *Evolution and Human Behavior*, 19, 193–202.
- Lund, D. A., Dimond, M. F., Caserta, M. S., Johnson, R. J., Poulton, J. L., et Connelly, J. R. (1986). Identifying elderly with coping difficulties after two years of bereavement. *Omega: Journal of Death and Dying*, 16, 213–224.

- Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D., et Prigerson, H. G. (2007). An empirical examination of the stage theory of grief. *Journal of the American Medical Association*, 297, 716–723.
- Mancini, A. D., Bonanno, G. A. (2012). The persistence of attachment: Complicated grief, threat, and reaction times to the deceased's name. *Journal of Affective Disorders*, 139, 256-263.
- Marks, A. (2004). *Understanding and working with complicated grief. The therapeutic relationship: a literature review with clinical illustrations* (Dissertation doctorale, Auckland University of Technology).
- Marris, P. (1958). *Widows and their families*. Londres, Royaume-Uni: Routledge.
- Mikulincer, M. Hirschberger, G. Nachmias, O., et Gilliath, O., (2001). The affective component of the secure base schema: affective priming with representations of attachment security. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 881-895.
- Mikulincer, M., Gillath, O., et Shaver, P.R., (2002). Activation of the attachment system in adulthood: threat-related primes increase the accessibility of mental representation of attachment figures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 940-956.
- Nesse, R. M. (2000). Is depression an adaptation ? *Archives of General Psychiatry*, 57(1), 14-20.
- Opbroek, A., Delgado, P. L., Laukes, C., McGahuey, C., Katsanis, J., Moreno, F. A., et Manber, R. (2002). Emotional blunting associated with SSRI-induced sexual dysfunction. Do SSRIs inhibit emotional responses?. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 5(2), 147-151.
- Parkes, C. M. (1964). Effects of bereavement on physical and mental health: A study of the medical records of widows. *British Medical Journal*, 2(5404), 274–279.

- Parkes, C. M. (1964). Recent bereavement as a cause of mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 110, 198–204.
- Parkes, C.M. (1970). The first year of bereavement. *Psychiatry*, 33, 444.
- Parkes, C.M. et Brown, R.J. (1972). Health After Bereavement : A Controlled Study of Young Boston Widow and Widowers. *Psychosomatic Medicine*, 34(5), 449-461.
- Parkes, C.M. et Weiss, R.S., (1983). *Recovery from Bereavement*. New York, États-Unis: Basic Books.
- Pinker, S. (1997). How the mind works. New York: W4W.
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of counseling psychology*, 52(2), 126.
- Rando, T. A. (1995). Grief and mourning: Accommodating to loss. *Dying: Facing the facts*, 211-241.
- Rando, T. A. (2013). On achieving clarity regarding complicated grief. *Complicated grief: Scientific foundations for healthcare professionals*, 40-54.
- Reis, S., et Grenyer, B. F. (2002). Pathways to anaclitic and introjective depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75(4), 445-459.
- Renaud, A. (2007). La dépression chez la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 32(1), 93-113.
- Schmale, A., et Engel, G. (1975). The role of depression withdrawal in depressive reactions. Dans T. Benedek et E. G. Anthony (dir.), *Depression and human existence*, 183–198. Boston, États-Unis: Little Brown et Co.
- Schwarz, N. (1998). Warmer and more social: Recent developments in Cognitive Social Psychology. *Annual Review of Sociology*, 24, 239-264.

- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco, États-Unis: Freeman et Co.
- Silver, R. C., Wortman, C.B., Weiner, J.S., et Bonanno, G.A. (2007). The stage theory of grief : letters. *JAMA*, 297(24), 2692-2693.
- Silverman, P.R. (1966). Services for the Widowed During the Period of Bereavement. *Social Work practice*, 170-189.
- Silverman, P.R. (1970). The Widow as Caregiver. *Mental Hygiene*, 54, 540-547.
- Silverman, P.R. (1972). Widowhood and Preventive Intervention. *The family coordinator*, 21(1), 95-102.
- Smith J. A., Flowers, P., et Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis*. Thousand Oaks, États-Unis: Sage.
- Stern, K., Williams, G. M., et Prados, M. (1951). Grief reactions in later life. *American Journal of Psychiatry*, 108, 289–294.
- Stevenson, M. (2015). *Being a bereaved parent : Early bereavement experiences and perspectives on paediatric palliative care and bereavement services*. Montréal, Canada : Université de Montréal.
- Storbeck, J. et Clore, G. (2005). With sadness comes accuracy; With happiness, false memory: Mood and the false memory effect. *Psychological science*, 16 (10), 785-789.
- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schut, H., et Stroebe, W. (2008). *Handbook of bereavement research and practice : Advances in Theory and Intervention*. Washington DC, États-Unis: American Psychological Association.
- Taylor, S. F., et Liberzon, I. (2007). Neural correlates of emotion regulation in psychopathology. *Trends in cognitive sciences*, 11(10), 413-418.

- Thierry, B., Steru, L., Chermat, R., et Simon, P. (2000). Searching waiting strategy: A candidate for an evolutionary model of depression? *Archives of General Psychiatry*, 57(1), 14–20.
- van de Waal, M. (1998). *Chimpanzee politics: Sex and power among the apes* (revised ed.). Baltimore, États-Unis: Johns Hopkins University Press.
- Van Harreveld, F., Van der Pligt, J., Claassen, L., et Van Dijk, W. W. (2007). Inmate emotion coping and psychological and physical well-being: The use of crying over spilled milk. *Criminal Justice and Behavior*, 34(5), 697-708.
- Wakefield, J. C., Schmitz, M. F., et Baer, J. C. (2011). Did narrowing the major depression bereavement exclusion from DSM-III-R to DSM-IV increase validity?: evidence from the National Comorbidity Survey. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(2), 66-73.
- Wakefield, J., et First, M. (2012). Fallacious reasoning in the argument to eliminate the major depression bereavement exclusion in DSM-5. *World Psychiatry*, 11(3), 204-205.
- Wakefield, J. C. (2015). DSM-5, psychiatric epidemiology and the false positives problem. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 24(3), 188-196.
- Walter, T. (2006). What is complicated grief? A social constructionist perspective. *Omega: Journal of Death and Dying*, 52 (1), 71–79.
- Welling, H. (2003). An Evolutionary Function of the Depressive Reaction: The Cognitive Map Hypothesis. *New Ideas in Psychology*, 21(2), 1-10.
- Westen, D., Moses, M. J., Silk, K. R., Lohr, N. E., Cohen, R., et Segal, H. (1992). Quality of depressive experience in borderline personality disorder and major depression: When depression is not just depression. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 382-393.

- Wilson, E. O. (1975). *Sociobiology: The new synthesis*. Cambridge, États-Unis: Harvard University Press.
- Worden, J. W. (2015). Theoretical perspectives on loss and grief. *Death, dying, and bereavement: Contemporary perspectives, institutions, and practices*, 91-103.
- Wortman, C. B. et Brehm, J. W. (1975). Responses to uncontrollable outcomes: An integration of reactance theory and the learned helplessness model. Dans L. Berkowitz (dir.). *Advances in experimental social psychology*. New York, États-Unis: Academic Press.
- Zisook, S. (1987). *Biopsychosocial aspects of bereavement*. Washington DC, États-Unis: American Psychiatric Press.
- Zisook, S. (1990). Bereavement and Unresolved Grief in Psychiatric Outpatients. *Omega : Journal of Death and Dying*, 20(4), 307-322.
- Zisook, S. et DeVaul, R.A. (1983). Grief, unresolved grief, and depression. *Psychosomatics*, 24(3), 247-256.
- Zisook, S. et Lyons, L. (1988). Grief and relationship to the deceased. *International Journal of Family Psychiatry*, 9(2), 135-146.
- Zisook, S., Paulus, M., Shuchter, S. R., et Judd, L. L. (1997). The many faces of depression following spousal bereavement. *Journal of Affective Disorders*, 45(1), 85-94.
- Zisook, S., et Shuchter, S. R. (1991). Depression through the first year after the death of a spouse. *The American journal of psychiatry*, 148(10), 1346.

APPENDICE I : GUIDE POUR L'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ

Introduction commune à toutes les entrevues

- Me présenter et commencer avec des questions banales par rapport au trajet (ou autre chose), afin de mettre la personne à l'aise. Mentionner que ma recherche porte sur la tristesse dans le deuil.
- Présenter et faire signer le formulaire de consentement.

Plan d'entretien semi-structuré

1. Parlez-moi de vous.
 - a. Comment vous décririez-vous comme personne, en général ? Et au niveau de vos relations ?
2. Comment décririez-vous votre relation avec votre parent décédé ?
3. Comment est-il (elle) décédé(e) ?
4. Parlez-moi des évènements qui ont suivi le deuil.
5. Comment se passe le retour à la vie quotidienne pour vous ?
 - a. Relance (si demande clarification) : Pouvez-vous me parler de comment se déroule votre vie depuis ? (le retour au travail, la vie de famille etc.)
6. Pouvez-vous me parler de votre expérience, de comment vous vivez le deuil ?
7. De quelle façon souffrez-vous de la perte ?
 - a. Relance (si parle des faits) : Comment-vous êtes vous senti ? Quelles émotions vivez-vous ?
 - i. Est-ce qu'il y a des moments où c'est intolérable ? (si ce qui est décrit ressemble à de la détresse)
 - ii. Avez-vous été traité pour cela ? Avez-vous vu un médecin ? (si ce qui est décrit ressemble à une dépression)

8. Pourriez-vous me donner un exemple d'un moment où vous avez été triste durant le deuil, qui serait représentatif des épisodes de tristesse que vous avez vécu ?
 - a. Relance (si l'exemple n'est pas assez clair) : Avez-vous un autre exemple ?
9. Comment est-ce différent de la façon dont vous vous sentez triste habituellement ?
10. Comment envisagez-vous la suite de votre deuil et l'avenir ?
11. Parlez-moi de bons souvenirs que vous avez avec la personne.

APPENDICE II : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet : Le rôle de la tristesse dans le deuil d'un parent chez l'endeuillé adulte

Chercheur: Alexandre Couët-Garand, M. Sc., étudiant au Ph.D recherche-intervention en psychologie clinique, Département de psychologie, Université de Montréal

Directeur : Serge Lecours, Ph.D, Département de psychologie, Université de Montréal

A. RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectifs de la recherche

Ce projet vise à mieux comprendre l'expérience de tristesse chez les endeuillés adultes ayant perdu un parent. Plus précisément, ce projet vise à comprendre comment les participants vivent et font sens de cette émotion, dans les mois qui suivent la perte.

2. Participation à la recherche

Vous devrez d'abord compléter un court inventaire de symptômes de dépression pour savoir si vous êtes admissible à l'étude. En fonction des résultats, il est possible que vous puissiez ou non participer à l'étude. Dans les deux cas, le chercheur vous contactera pour vous en informer et discuter de la suite.

Votre participation à ce projet consistera à passer une entrevue d'environ 1h à 1h30 avec le chercheur principal afin de discuter de vous, de votre relation à votre parent décédé, du deuil et des émotions qui y sont associées. Cette entrevue sera enregistrée sur support audio-visuel. Une fois l'entrevue terminée, vous aurez à remplir un court questionnaire sociodémographique, un questionnaire sur votre état psychologique actuel, un questionnaire sur la tristesse, un questionnaire sur votre bien-être, un questionnaire sur votre historique de perte, un questionnaire sur votre relation avec la personne perdue et un questionnaire sur votre expérience de deuil.

3. Critères d'exclusion

Vous ne pouvez pas participer à l'étude dans l'un des cas suivants :

- vous avez moins de 18 ans;
- il y a moins de 2 mois, ou plus de 6 mois, que votre parent est décédé au moment de l'entrevue;
- vous ne pouvez pas vous exprimer verbalement en français;

4. Confidentialité

Les renseignements personnels que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Chaque participant(e) à la recherche se verra attribuer un numéro et seuls le chercheur et son équipe détiendront la liste des participant(e)s et les numéros correspondants. De plus, les données seront conservées sous clé dans un lieu sûr. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Les enregistrements, ainsi que toute information personnelle, seront transcrits et seront détruits sept ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette période. Seuls des extraits de votre entrevue, et non l'entrevue dans son intégralité, seront présentés dans le cadre de présentations dans un congrès de recherche et/ou dans un article scientifique. Un pseudonyme vous sera chaque fois attribué.

5. Avantages et inconvénients

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à une meilleure compréhension de l'expérience de la tristesse dans le deuil. Il n'y a pas de risque particulier à participer à ce projet. Il est cependant possible que certaines questions puissent susciter chez vous des émotions négatives, telles de la colère, de la tristesse ou de l'anxiété. Vous pourrez à tout moment refuser de répondre à une question ou même mettre fin à l'entrevue. Si jamais vous sentiez le besoin de discuter plus amplement de votre expérience suite à l'entrevue, vous pouvez contacter Serge Lecours, psychologue clinicien d'expérience, au (514) 343-2333, pour une consultation sans frais.

6. Droit de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche après l'entrevue, vous pouvez communiquer avec le chercheur principal, au courriel ou au numéro de téléphone indiqués ci-dessous. À votre demande, les renseignements qui auront été recueillis jusqu'au moment de votre retrait pourront aussi être détruits.

7. Indemnité

Aucune indemnité ou rémunération ne vous sera versée pour votre participation à ce projet de recherche.

B. CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance des informations ci-dessus et je n'ai pas d'autres questions concernant ce projet ainsi que ma participation.

Je consens librement à prendre part à cette recherche et je sais que je peux me retirer en tout temps sans avoir à justifier ma décision.

Signature : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Je consens à être éventuellement contacté(e) de nouveau à l'avenir pour participer à d'autres recherches. Oui Non

No. de téléphone : _____

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du chercheur _____ Date : _____
(ou de son représentant)

Nom : _____ Prénom : _____

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Alexandre Couët-Garand au numéro de téléphone (514) 343-6111 poste 3826 ou à l'adresse courriel alexandre.couet-garand@umontreal.ca

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca (**l'ombudsman accepte les appels à frais virés**).

