



HAL
open science

Deuil d'un parent dans la petite enfance : quelles répercussions chez le jeune adulte ?

Marthe Ducos, Nathalie Duriez

► **To cite this version:**

Marthe Ducos, Nathalie Duriez. Deuil d'un parent dans la petite enfance : quelles répercussions chez le jeune adulte ?. PSN – Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences, 2023. <hal-04670132>

HAL Id: hal-04670132

<https://hal.science/hal-04670132v1>

Submitted on 11 Aug 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

**Deuil d'un parent dans la petite enfance :
quelles répercussions chez le jeune adulte ?**

Marthe Ducos, Docteure en psychologie, Centre de Lutte Contre le Cancer Bergonié. 229, cours de l'Argonne. 33026 Bordeaux Cedex. marthe.ducos@hotmail.fr

Nathalie Duriez, Professeure de psychologie clinique, Université Paris 8, Laboratoire Psychopathologie et Processus de changement – Thérapeute familiale, Groupe SOS Solidarités – Pôle Addiction IDF – CSAPA SOS 75 Site Monceau.

nathalie.duriez@iedparis8.net

Orcid : 0000-0002-5768-3469

« S'il nous paraît évident que nous savons ce que nous perdons (l'autre), la part de soi qui va être perdue reste une énigme. Mais nous restons vivants, malgré notre chagrin » [1, p. 16]

Résumé - Le deuil d'un parent chez l'enfant est reconnu depuis longtemps comme facteur favorisant une pathologie mentale à l'âge adulte, mais peu d'études ont abordé l'impact à long terme du deuil précoce sur le vécu psychique et le fonctionnement émotionnel même en l'absence de trouble psychique avéré. Nous avons étudié cet impact chez 7 jeunes adultes, âgés entre 18 et 25 ans, dont le parent est décédé d'un cancer alors qu'ils avaient entre 2 et 5 ans, et ne présentant pas de trouble mental suivi au moment de la rencontre. Un entretien semi-structuré a permis d'explorer avec chacun des participants son vécu du deuil parental, ses relations affectives, ainsi que ses stratégies de régulation émotionnelle. Nous avons également utilisé quatre outils d'évaluation standardisés pour évaluer le retentissement du deuil subi dans l'enfance, l'impact traumatique, les éléments anxio-dépressifs et les difficultés de régulation émotionnelle. Les résultats mettent en évidence chez chacun des sujets l'empreinte d'une souffrance profonde, s'exprimant par une mosaïque d'éléments cliniques, à travers lesquels la perte apparaît comme un élément organisateur tant du psychisme que du système familial, mais aussi des éléments de résilience dont un facteur majeur est le support relationnel disponible, ce qui ouvre des pistes pour l'accompagnement précoce d'un tel deuil dans l'enfance.

Mots-clés : deuil, orphelinage, famille, perte ambiguë, régulation émotionnelle.

Abstract - Bereavement of a parent in early childhood: What are the repercussions for the young adult?

The bereavement of a parent in childhood has long been recognised as a factor favouring mental pathology in adulthood, but few studies have addressed the long-term impact of early bereavement on psychic experience and emotional functioning even in the absence of a confirmed mental disorder. We studied this impact in 7 young adults, aged between 18 and 25 years, whose parent died of cancer when they were between 2 and 5 years old, and who had no ongoing mental disorder at the time of the interview. A semi-structured interview was used to explore with each of the participants their experience of parental bereavement, their emotional relationships, and their emotional regulation strategies. We also used four standardized assessment tools to evaluate the repercussions of the childhood bereavement, the traumatic impact, the anxiety-depression elements and the difficulties of emotional regulation. The results reveal in each of the subjects the imprint of a deep suffering, expressed by a mosaic of clinical elements, through which the loss appears as an organizing element of both the psyche and the family system, but also elements of resilience, a major factor of which is the available relational support, which opens up avenues for the early accompaniment of such a bereavement in childhood.

Keywords: bereavement, orphanhood, family, ambiguous loss, emotion regulation.

Le deuil est un processus qui s'inscrit dans le temps et peut se compliquer, voire devenir complexe, persistant ou pathologique, en continuité directe avec l'évènement douloureux, mais ses effets se révèlent aussi parfois à long terme. Nombre d'études ont ainsi montré que la perte précoce d'un parent prédispose à des troubles à l'âge adulte [9, 17, 20, 21]. En particulier, les situations de séparation peuvent générer une rigidification du système familial autour de la perte [9] empêchant le sujet de mener à bien le travail de deuil nécessaire à certaines étapes de la vie. Des difficultés psychologiques, comme une possible prolongation du travail de deuil, peuvent alors apparaître [6]. Cependant, tous les enfants confrontés au deuil d'un parent ne développent pas de troubles et de multiples facteurs peuvent influencer l'ajustement à la perte, telle la qualité du soutien par les pairs [9].

La compréhension du rôle de tels facteurs reste toutefois peu claire et les études qui les abordent donnent parfois des résultats contrastés. Worden *et al.* ont mis en évidence des difficultés variées deux ans après le décès parental chez un groupe d'enfants endeuillés [28], mais les différences avec les enfants non endeuillés étaient peu nettes avant ce délai, et la plupart des enfants rencontrés alors ne montraient pas de signes majeurs de perturbations émotionnelles ou comportementales. En fait, peu d'études empiriques se sont intéressées de façon qualitative au devenir à long terme des enfants après un décès parental précoce, hors de l'exploration des antécédents de pathologie mentale avérée. Par exemple, bien qu'en psycho-oncologie l'adaptation psychique des enfants à la maladie de leur parent suscite nombre de recherches [21], peu de travaux ont abordé l'avenir des enfants endeuillés après un décès parental par cancer.

Nous nous sommes proposées d'étudier de façon approfondie l'impact d'un décès parental dans l'enfance chez de jeunes adultes ne présentant pas de trouble mental connu au moment de la rencontre selon une perspective systémique, c'est-à-dire en prenant en compte le système relationnel dans lequel ces jeunes ont grandi. Après une brève analyse du processus de deuil chez le jeune enfant, nous présenterons les résultats obtenus par une recherche à la fois qualitative et quantitative chez sept sujets âgés de 18 à 25 ans.

1. Le deuil chez le jeune enfant

La mort d'un parent dans l'enfance constitue un événement traumatique majeur, avec des conséquences psychologiques à court et à long terme [12, 17, 20]. A court terme, les conséquences le plus souvent retrouvées sont l'anxiété, la dépression, les troubles du comportement, un retrait social, un sentiment d'insécurité et de vulnérabilité, et l'altération des résultats scolaires [3]. Outre ces conséquences à court terme, les conséquences à long terme ont été démontrées avec des niveaux de dépression significativement plus élevés [20], des taux de troubles panique et phobiques élevés [21], des comportements délinquants nettement augmentés [10], des conduites addictives [12]. Selon Hanus [14-15], le travail de deuil chez l'enfant diffère de celui de l'adulte car il est plus progressif, cheminant parallèlement à l'évolution de ses acquisitions intellectuelles, affectives et cognitives. De plus, une triple spécificité est à prendre en compte :

- Le deuil survient chez un être en pleine évolution, mobilisant une énergie considérable qui n'est plus disponible pour les processus de croissance de l'enfant. Une telle épreuve interfère de fait avec les processus de développement.
- Face à la mort, situation inhabituelle et étrange, l'enfant, dépendant des adultes, se dirige vers eux et s'identifie immédiatement à leurs attitudes et réactions : « le deuil se calque sur celui des adultes de leur entourage » [15, p. 89]
- Un deuil durant l'enfance entraîne des changements dans les conditions de son développement psychique, par exemple le manque de disponibilité émotionnelle du parent survivant peut impacter la régulation émotionnelle et la construction identitaire de l'enfant.

L'enfant en deuil doit ainsi faire face à de multiples difficultés qui seront amplifiées si le parent restant ne peut le soutenir. Nombre d'auteurs insistent ainsi sur l'influence des caractéristiques sociales et environnementales en amont et après le décès du parent, et ce en termes de protection ou de facteurs de risque. Les réactions de l'enfant face à la mort dépendent de facteurs externes (circonstances de la mort par exemple), indissociables de facteurs internes [26], dont les ressources antérieures, le niveau de développement psycho-affectif, la maturité neurocognitive, le sens et la perception qu'il/elle va pouvoir donner à cet événement, ainsi que la qualité du relais protecteur que

les adultes pourront lui apporter. Ce dernier point est d'autant plus important pour des enfants très jeunes.

En particulier, la dépression fréquente du parent restant, avec une qualité moindre de soins apportés à l'enfant, peut augmenter la vulnérabilité : le deuil est en effet encore plus difficile pour l'enfant lorsque la personne chargée de prendre soin de lui n'est plus disponible en raison de sa souffrance. L'enfant vit alors en quelque sorte une seconde perte, qualifiée de « perte ambiguë » [4], dans la mesure où le parent survivant n'est pas mort : il est présent physiquement mais absent psychiquement.

Certains thérapeutes utilisent l'expression de « deuil gelé » [4]. Le deuil peut en effet être différé et se manifester des années après la mort du parent, en particulier dans les périodes de vie propices à la vulnérabilité psychique : l'adolescence, la grossesse, la naissance d'un enfant, la période où son propre enfant atteint l'âge que l'on avait lorsque son parent est mort... [26]. Cependant, Hanus et Sourkes préfèrent évoquer plutôt un deuil « en partie » gelé, avec des remaniements à chaque étape de la croissance psychique de l'enfant [15]. D'autres parleront de deuil prolongé [23]. Dans le cas d'enfants en bas âge, cette prolongation du deuil doit être envisagée à partir du climat familial dans lequel grandit l'enfant.

Selon Bacqué [2], une perte précoce du parent peut conduire à une idéalisation de ce dernier et à une impossibilité de se détacher de cette image idéale, comme cela pourrait se faire s'il/elle était vivant : la représentation du parent ne pourrait être remise en question, à l'adolescence notamment. L'ambivalence à l'égard du parent ne pouvant être élaborée, la séparation psychique vis-à-vis de celui-ci est impossible, d'où les difficultés d'autonomisation parfois majeures.

Au total, la confrontation au réel de la mort d'un parent chez un jeune enfant, à un âge où il est en pleine construction de sa personnalité, est un facteur évident de traumatisme, conséquence de l'effroi vécu par l'enfant, mais aussi parfois de la terreur de l'adulte impuissant qui assiste à la mort de son conjoint [7]. Un tel traumatisme peut être occulté par des mécanismes de déni aux multiples facettes, même sous une résilience initiale apparente, ou tout au moins sous-estimé en raison de processus partiels de « gel » du deuil, avec des répercussions lourdes une fois l'enfant devenu jeune adulte. Pourtant peu de données fines existent sur le devenir adulte des enfants ayant subi une telle perte, analysant l'impact du deuil précoce sur le vécu psychique et le fonctionnement émotionnel, impact qui pourrait être notable même en l'absence de trouble psychique avéré.

2. Méthodologie

A partir d'une population de jeunes adultes ayant perdu avant l'âge de 5 ans un parent à la suite d'un cancer, et non suivis pour trouble psychique, nous avons étudié de quelle façon ceux-ci vivent cette perte survenue précocement dans leur vie.

2. 1. Population

Nous avons initialement rédigé deux petites annonces, l'une à l'attention des étudiants en sciences humaines des facultés de la région d'Aquitaine, et l'autre à l'attention de collègues psychologues, sollicitant la participation à une étude sur de jeunes adultes ayant perdu dans l'enfance un parent par cancer. Nous avons ensuite diffusé des annonces via des réseaux sociaux, notamment un réseau professionnel. Nous avons aussi sollicité des associations nationales et locales autour du deuil.

Les sujets retenus sont des adultes qui ont perdu un parent en raison d'un cancer alors qu'ils étaient âgés de 2 à 5 ans. Ils ont entre 18 et 25 ans au moment de la recherche et ne présentent pas de trouble psychique pris en charge lors de la rencontre. Pour constituer notre échantillon, nous avons tenu compte de critères de non-inclusion de façon à écarter des facteurs interférents possibles :

- adulte ayant été placé lorsqu'il était enfant dans une famille d'accueil ;
- adulte dont le parent restant lorsqu'il était enfant souffrait d'une addiction (toxicomanie, alcoolisme...) ;
- adulte dont le parent restant lorsqu'il était enfant présentait des troubles psychiques avérés ;
- contexte de violence conjugale avant le décès du parent ;
- adulte ayant perdu ses deux parents dans la petite enfance.

Une dizaine de sujets rencontrés ont été écartés de l'étude, notamment parce qu'ils présentaient des troubles psychiques avérés, et/ou se présentaient d'emblée avec une

problématique notable en lien avec le parent restant. Durant l'étude, certains sujets ont également dû être réorientés à la suite de l'entretien initial en raison d'un suivi qui semblait d'emblée indiqué : sur le plan éthique, il était difficilement envisageable de faire passer le protocole à ces sujets.

2.2. Outils de recueil des données

Nous avons utilisé une méthodologie mixte, qualitative et quantitative, de façon à évaluer l'impact sur le long cours du décès d'un parent dans la petite enfance.

Dans le cadre d'un entretien semi-structuré, nous avons pu aborder avec chacun des participants son vécu, ses relations familiales et ses relations amoureuses, tout en précisant leurs stratégies de régulation émotionnelle.

. Quatre outils standardisés ont été utilisés :

1. L'*Inventaire de Deuil Complicé* (ICG) permet d'évaluer la présence d'un deuil difficile ou compliqué, en mesurant « les symptômes de deuil qui forment une composante unifiée de détresse émotionnelle qui peut clairement être distinguée des symptômes de dépression et d'anxiété » [22].

2. L'*Impact of Event Scale-Revised* (IES-R) est une échelle d'auto-évaluation précisant la détresse psychologique consécutive à un événement de vie traumatique, les symptômes d'évitement et d'intrusion, et les symptômes d'hyperactivité neurodégénérative [27]. Cette échelle est habituellement utilisée pour évaluer les symptômes présents dans les 7 jours suivant l'événement. Elle apparaît cependant pertinente pour explorer l'impact à long terme dans les situations où le temps s'est arrêté et où les survivants de la famille ont construit à partir de ce sentiment douloureux de la perte leur identité et leur perception de leurs relations sociales.

3. L'*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) permet de rechercher des troubles anxieux et/ou dépressifs en population générale [29].

4. La *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS-F) [7, 8], auto-questionnaire composé de 36 items, évalue les stratégies de régulation émotionnelle (RE) et de dysrégulation émotionnelle selon six dimensions : (1) non-acceptation des réponses émotionnelles, (2) difficultés d'engagement dans le comportement de but dirigé, (3) difficultés de contrôle des impulsions, (4) manque de conscience émotionnelle, (5) accès limité aux stratégies de régulation de l'émotion, et (6) manque de clarté émotionnelle.

2. 3. Procédure

Le protocole de recherche a obtenu l'accord d'un Comité de Protection des Personnes (CPP), du Comité Consultatif sur le Traitement et l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) et de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Chaque sujet, avant d'être inclus dans l'étude, a reçu une lettre d'information et un formulaire de consentement à signer, son anonymat étant bien évidemment garanti, ainsi que la possibilité de se retirer à tout moment, ou de recontacter l'investigatrice après la rencontre. Nous avons étudié 7 jeunes adultes, âgés entre 18 et 25 ans, dont le parent est décédé d'un cancer alors qu'ils avaient entre 2 et 5 ans, et ne présentant pas de trouble mental suivi au moment de la rencontre.

Dans le cadre d'un entretien de recherche, nous avons utilisé quatre outils d'évaluation standardisés (dans l'ordre donné) pour évaluer le retentissement du deuil subi dans l'enfance, l'impact traumatique, les éléments anxio-dépressifs et les difficultés de régulation émotionnelle sur un seul temps, qui a duré environ 2H. Cet entretien a pu se réaliser dans le Centre de Lutte Contre le Cancer où nous exerçons.

4. Résultats

Pour l'ensemble des sept sujets, le détail des résultats aux outils quantitatifs est donné dans le Tableau 2. Nous présentons ci-dessous une synthèse des résultats aux échelles utilisées, avant de préciser les éléments qualitatifs recueillis chez chacun des sujets.

Echelles		Mlle A.	Mlle C.	Mlle E.	Mlle I.	MlleL .	Mlle M.	Mr G.
-----------------	--	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------

ICG	score /76	4	5	33	44	5	21	28
IES-R	score total /110	49	15	49	51	54	13	45
	intrusion /35	20	0	20	20	21	4	18
	évitement /40	11	0	11	15	15	5	9
	hyperactivité /35	18	15	18	16	18	4	18
HADS	score total /42	16	30	25	25	15	10	22
	anxiété /21	15	15	17	12	9	8	12
	dépression /21	1	15	8	11	6	2	10
DERS-F	score total /180	105	135	108	129	105	96	87
	non-acceptation des réponses émotionnelles /30	25	13	25	20	18	16	23
	difficultés d'engagement /25	23	24	10	15	20	17	21
	difficultés de contrôle des impulsions / 30	7	23	10	15	10	17	5
	manque de conscience émotionnelle /30	15	23	18	20	18	17	10
	accès aux stratégies de régulation émotionnelle /40	20	29	27	37	24	21	20
	manque de clarté émotionnelle /25	15	23	18	22	15	8	8

Tableau 2: Résultats aux échelles.

- ICG : deuil compliqué au-dessus de 25/110
- IES-R, pas de seuil
- HAD : présence de troubles anxio-dépressifs au-dessus de 15/42
- DERS-F : pas de seuil

4. 1. Synthèse des résultats aux échelles d'évaluation

Nous présenterons successivement les données obtenues à l'*Inventaire de Deuil Compliqué* (ICG), à l'*Impact of Event Scale-Revised* (IES-R), à l'*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) et à la *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS-F).

. Les résultats obtenus montrent que le deuil compliqué n'est pas toujours retrouvé à l'ICG chez les jeunes adultes endeuillés dans leur petite enfance. Pour Mlle I., Mlle E. et Mr G., le deuil est « compliqué » selon cette échelle (respectivement 18 ans, 20 ans et 22 ans et demi après la perte) ; pour Mlle M., le deuil reste « difficile » 16 ans et demi après la perte ; en revanche, pour les sujets Mlle C., Mlle L. et Mlle A. le deuil n'apparaît ni difficile ni compliqué à l'ICG.

. Le traumatisme lié à un deuil dans l'enfance est décelé chez quatre sujets sur sept (Mlle I., Mlle L., Mlle E. et Mr G.), pour lesquels il existe une détresse élevée à l'IES-R avec des signes associés attestés par des scores élevés aux trois sous-scores de l'échelle, tels que des facteurs d'intrusion (difficultés de sommeil avec rêves importants, par exemple), des signes d'hyperactivité neurovégétative (difficultés de concentration, colère, irritabilité...) ou d'évitement. Cependant pour Mlle C., Mlle M. et Mlle A., le traumatisme n'est pas mis en évidence de façon nette par l'IES-R. Lorsqu'il y a quelques signes (d'intrusion ou d'évitement, par exemple), ceux-ci ne sont pas cotés comme invalidants pour le quotidien de Mlle M. et Mlle A. ; pour Mlle C. les signes d'hyperactivité neurovégétative sont « intenses » — elle décrit avoir du mal à s'endormir, être réveillée la nuit et se sentir irritable et en colère — cependant, ses autres réponses ne donnent pas de facteur de gravité.

. Les résultats à l'HADS mettent en évidence une vulnérabilité anxieuse et/ou dépressive à l'âge adulte chez tous les sujets. Le tableau associe troubles anxieux et dépressifs chez Mlle I., Mlle C., Mlle E., Mr G. ; Mlle A. présente des troubles anxieux ; de tels troubles sont suspectés chez Mlle L. et chez Mlle M..

. Nous retrouvons chez tous les sujets des stratégies de régulation émotionnelle perturbées (accès limité aux stratégies de régulation émotionnelle, difficultés à avoir un comportement axé sur un objectif), avec des scores et sous-scores très hauts à la DERS-F.

Globalement, chez ces sujets ayant perdu un parent dans l'enfance et qui abordent maintenant leur vie de jeune adulte, ces scores montrent une détresse de type traumatique relativement élevée, un deuil problématique, une vulnérabilité anxio-dépressive et des difficultés notables dans la régulation émotionnelle. Certes, certains d'entre eux ne

présentent pas de trouble à toutes les échelles, mais aucun ne semble « indemne » pour l'ensemble de ces échelles.

4.2 Analyse qualitative pour chaque sujet

La souffrance engendrée par la perte d'un parent a toujours été présente lors des observations cliniques que nous avons pu effectuer, même si les expressions émotionnelles en sont très variées.

. Pour Melle A., le traumatisme est peu apparent à l'IES-R, malgré quelques signes d'évitement, d'intrusion et d'hyperactivité neurovégétative. Le deuil n'apparaît ni difficile ni compliqué. Cependant, des troubles anxieux sont présents, même si son discours est assez « lisse » et s'il lui est difficile d'exprimer sa souffrance. Les difficultés émotionnelles sont essentiellement centrées autour de la possibilité d'axer son comportement sur ses objectifs et d'accepter ses émotions. Melle A. a un sentiment d'isolement et de solitude important. Elle est en difficulté tant dans son parcours étudiant qu'au sein de sa famille, notamment dans son rôle de mère (ce qu'elle relie à son manque de repères maternels).

. Melle C. pour qui le traumatisme est peu marqué à l'IES-R, malgré des signes d'hyperactivité neurovégétative décrits comme intenses, ne présente pas de deuil difficile ou compliqué. Elle a cependant été affectée de troubles psychiques à l'adolescence (épisode dépressif majeur et phobie sociale) et présente aujourd'hui des troubles anxio-dépressifs notables (score global de 30 sur 42 à la HADS) ainsi que des difficultés importantes dans la régulation de ses émotions. Melle C., en rupture scolaire, souffre d'un isolement majeur, d'un sentiment de rejet, d'un rapport à l'autre compliqué et d'un sentiment d'insécurité.

. Mlle E. souffre d'un traumatisme important selon l'IES-R avec des signes d'intrusion (difficultés de sommeil, rêves perturbants notamment), des symptômes d'hyperactivité neurovégétative (difficultés de concentration, irritabilité, colère) et des stratégies d'évitement. Son deuil est « compliqué » et elle présente des troubles anxio-dépressifs (outre un antécédent d'épisode dépressif majeur à l'adolescence). Mlle E a des difficultés à accepter ses émotions et un accès limité à celles-ci. Son discours est relativement déstructuré, avec une identité fragilisée. Elle est en difficulté sociale, avec une peur de l'abandon et du rejet, ayant du mal à construire une vie amoureuse malgré son souhait (ce

qu'elle relie elle-même à la perte vécue à 5 ans), outre les problèmes rencontrés dans son métier d'aide-soignante, avec une distance problématique vis-à-vis des patients suivis.

. Les résultats de Mlle I. mettent en évidence une détresse élevée à l'IES-R, avec des signes d'intrusion, d'hyperactivité neurovégétative (difficultés de concentration notamment) et d'évitement. Son deuil apparaît compliqué, elle souffre de troubles anxio-dépressifs. Mlle I. a un accès limité aux stratégies de régulation émotionnelle et un manque de clarté vis-à-vis de ses émotions. Elle est en difficulté dans ses études et souffre également d'un isolement socio-familial. L'entretien laisse supposer un fonctionnement limite avec une forte idéalisation du parent mort.

. Mlle L. souffre d'un traumatisme important selon l'IES-R, avec des signes d'intrusion (mauvaise qualité de sommeil notamment), des signes d'hyperactivité neurovégétative (colère, nervosité, irritabilité, difficultés de concentration) et des signes d'évitement. Même si le deuil n'est pas difficile ni compliqué selon l'ICG, Mlle L. présente des troubles anxieux et des difficultés importantes dans la régulation de ses émotions. Il lui est particulièrement difficile d'exprimer ses ressentis. Mlle L. est en difficulté dans son orientation scolaire et l'on relève une transition problématique de l'adolescence à la position de jeune adulte.

. Pour Mlle M., le traumatisme est peu évident à l'IES-R, malgré des signes d'intrusion et d'évitement, mais le deuil est difficile, et les perturbations anxieuses sont présentes, même « légères », outre les difficultés de régulation émotionnelle. De plus, l'entretien fait apparaître l'isolement important dont souffre Melle M., et une relation complexe avec sa mère, décrite comme « en miroir ».

. Les résultats de Mr G. mettent en valeur une détresse relativement importante à l'IES-R, avec des signes d'intrusion, d'hyperactivité neurovégétative (difficultés d'endormissement et de concentration) et des stratégies d'évitement. Mr G. présente un deuil « compliqué » et des troubles anxio-dépressifs. De plus, il a des difficultés à avoir un comportement axé sur un objectif et à accepter ses émotions. Une forte culpabilité est exprimée relativement à la mort de son père lorsqu'il était enfant, qui le marque encore beaucoup dans le présent, de même que la confrontation à sa mère à l'adolescence. Mr G. souffre aujourd'hui d'un renfermement et d'un isolement social importants, associés à une peur du changement invalidante. Il exprime des difficultés dans le domaine professionnel, sur fond d'une appréhension à s'insérer dans le monde du travail.

5. Discussion

Nos résultats mettent en évidence des tableaux cliniques hétérogènes, avec une grande diversité des vécus individuels, chaque sujet présentant une mosaïque spécifique de difficultés et d'éléments de résilience. Néanmoins quelques lignes de force se dégagent de ces résultats.

. Souffrance et troubles psychiques

Nos données confirment qu'un deuil dans l'enfance représente un risque de souffrance et de troubles au long cours, et l'on décèle notamment des éléments traumatiques persistant à l'âge adulte, en accord avec la littérature [9, 17-19, 20]. Certes, des scores à l'IES-R signant un trouble traumatique ne sont pas retrouvés chez tous les sujets, de même que le deuil n'est pas toujours difficile ou compliqué selon l'ICG.

Cependant, les scores à la HADS révèlent dans tous les cas une vulnérabilité anxieuse ou dépressive, et les scores systématiquement élevés à la DERS-F sont indicatifs de l'ampleur des difficultés dans les stratégies de régulation émotionnelle. La souffrance engendrée par la perte d'un parent a toujours été retrouvée dans nos observations qualitatives, sous des expressions émotionnelles variées, et tous les sujets présentent à des titres divers des difficultés dans la vie sociale ou familiale, de même que dans les études ou dans le domaine professionnel.

Ainsi l'ensemble des résultats reflète une souffrance vécue par les jeunes adultes ayant connu une perte « impensable » dans l'enfance — celle d'un parent en principe présent pour que l'enfant grandisse en se sentant protégé et aimé —, attestant des traces qu'une telle perte imprègne en profondeur au cours du développement psycho-affectif. Nos sujets ont bien fait « l'expérience d'un monde qui s'effondre » [25].

. Perte ambiguë

La relation avec le parent restant est d'autant plus capitale qu'il/elle est désormais le seul parent disponible pour soutenir son enfant alors même qu'il/elle peut lui-même être absorbé(e) par la souffrance et être indisponible psychiquement.

Bien que nous n'ayons pas inclus dans notre étude des sujets dont la relation avec le parent restant était d'emblée présentée comme une problématique majeure, chez les 7 personnes

retenues pour cette étude, de telles difficultés dans la relation avec le parent restant semblent avoir contribué à la souffrance ressentie dans l'enfance et ont encore un impact à l'âge adulte. Par exemple, Mlle I. évoque avec force la souffrance extrême dans laquelle elle s'est trouvée enfant à la suite de la perte de sa mère et face à l'indisponibilité de son père : aujourd'hui encore, alors qu'elle est maintenant adulte, l'ombre portée de cette souffrance affecte la relation avec son parent restant.

A la perte concrète infligée par le décès parental s'ajoute donc la perte affective liée au manque de disponibilité du parent restant (*double loss*) [6], perte « ambiguë » dans la mesure où le parent survivant n'est pas mort, étant présent physiquement mais absent psychiquement [4]. Or cette ambiguïté, génératrice d'angoisse, semble pouvoir contribuer à la difficulté d'un travail de deuil, ce d'autant qu'une telle perte altère le « modèle » naturel susceptible d'aider l'orphelin à exprimer ses émotions ou développer ses stratégies de régulation émotionnelle, ce qui peut éclairer en partie les résultats observés chez nos sujets.

. Isolement et facteurs relationnels de résilience

Les jeunes adultes que nous avons rencontrés ont des rapports sociaux complexes, mais l'isolement et le sentiment de solitude dominant de façon frappante, même quand le sujet semble inséré socialement. Nos résultats confirment en particulier que la perte d'un parent et le processus de deuil qui en découle peuvent entraver la relation aux pairs : on retrouve parfois un sentiment d'infériorité, des changements de valeurs et d'attitude, et une tendance à se détacher du groupe de pairs.

A l'inverse, certaines relations privilégiées, notamment avec la fratrie ou les grands-parents, sont des éléments favorisant la résilience : Mlle I. a une relation forte avec sa grand-mère maternelle, Mlle M. est soutenue par sa fratrie et sa grand-mère paternelle, Mlle L. par son grand frère et ses grands-parents maternels. Mlle A. bénéficie du soutien de ses grands-parents maternels, de sa grand-mère paternelle et de sa fratrie. Un tel support relationnel aide probablement l'enfant à être davantage en capacité d'accepter ses émotions [25].

De façon générale, nos observations vont dans le sens d'une étude d'Eppler réalisée chez des enfants plus âgés (9 à 12 ans) ayant perdu leur parent [13] : les facteurs favorisant de la croissance post-traumatique des enfants s'expliquent en partie par leur capacité à rester en rapport avec les autres, à pleurer, et à se développer malgré l'adversité, les enfants évoquant d'ailleurs la fratrie et les grands-parents — mais aussi les professeurs,

les amis, ou encore la religion — comme étant des sources de supports externes très aidants.

Nous pouvons souligner que les sept jeunes adultes rencontrés, bien qu'endeuillés dans leur enfance, manifestent tous des éléments de résilience, ce dont atteste d'ailleurs déjà leur engagement dans notre étude. Au-delà du biais de recrutement peut-être induit par un tel engagement, cela nous semble souligner un aspect essentiel des trajectoires possibles après un deuil aussi tragique. Pour Bourguignon [5], certes « l'événement destructeur affecte le fonctionnement psychique, la structuration de la personnalité et laisse des traces durables au sens où elles modifient le rapport à la réalité, à soi-même et à autrui » [5, p. 77] mais un tel traumatisme n'est pas prédictif d'une pathologie inéluctable à l'âge adulte. Malgré la perte d'un parent, l'enfant reste vivant, se reconstruit et construit son identité, sa personnalité : dès lors que de telles potentialités évolutives sont toujours ouvertes, et que l'élément-clé semble en être la disponibilité d'étayages relationnels, des propositions de soins peuvent contribuer à soutenir la résilience.

Conclusion

Notre étude confirme que la perte d'un parent dans la petite enfance a des conséquences psychiques à long terme, ce d'autant que l'organisation familiale a pu se cristalliser autour de la perte du parent, en lien avec la souffrance partagée par la famille et la destruction des schémas cognitifs sur le monde, une telle destruction ouvrant un abîme entre la réalité de la perte douloureuse et le modèle mythique avant la maladie et la mort [16].

Lorsqu'il s'agit d'un deuil précédé d'une maladie connue tel un cancer, il semble important de repérer durant le temps de la maladie les facteurs de vulnérabilité et les facteurs de protection pour mieux accompagner la famille lors du décès, avec un accompagnement précoce prenant en compte la singularité de chaque cas. Or peu ou pas de préparation n'est aujourd'hui proposée à l'enfant et sa famille concernant la maladie grave et la mort, même dans un contexte de psycho-oncologie.

Pourtant, un support relationnel est d'autant plus utile que le système familial vulnérabilisé peut ne pas être étayant de manière optimale. En particulier, le soutien d'autres enfants endeuillés peut se révéler bénéfique, permettant une réduction du vécu d'isolement [9, 21]. Cependant, comme le confirme nos données, les enfants qui ont le plus besoin de soutien par les pairs sont généralement les plus isolés vis-à-vis d'eux,

notamment en raison de la souffrance du parent restant ; dès lors, un dispositif associant deux groupes, un groupe d'enfants en deuil d'un parent et un groupe pour leurs parents en deuil de leur conjoint, peut se révéler très utile [11, 18]. De tels dispositifs d'accompagnement des enfants et de leurs proches endeuillés sont d'autant plus à développer que l'impact de tels deuils dans l'enfance peut retentir lourdement sur la vie adulte.

Sujet	Age actuel	Parent décédé	Age au moment du décès
Melle A.	25	mère	2 ans et demi
Melle C.	18	mère	5 ans
Melle E.	25	père	5 ans
Melle I.	23	mère	5 ans
Melle L.	18	père	3 ans
Melle M.	20	père	3 ans et demi
Mr G.	25	père	2 ans et demi

Tableau 1 : Participants à la recherche

Références

1. Allouch J. 1995. *Erotique du deuil au temps de la mort sèche*. Paris : Epel, cité par Rir Deuil, 2019.
2. Bacqué M.-F. 2003. Abord et psychothérapie individuelle d'adultes et d'enfants présentant un deuil post-traumatique. *Etudes sur la mort* 123 : 131-141.
3. Blanpain N. 2008. Perdre un parent pendant l'enfance : quels effets sur le parcours scolaire, professionnel, familial et sur la santé à l'âge adulte ? *Etudes et Résultats* 668 : 1-8.
4. Boss P. 1999. *Ambiguous loss: learning to live with unresolved grief*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
5. Bourguignon O. 2000. Facteurs psychologiques contribuant à la capacité d'affronter des traumatismes chez l'enfant, *Devenir*, 12(2) : 77-92.
6. Brown E. M. 1998. The transmission of trauma through caretaking patterns of behavior in Holocaust families: Reenactments in a facilitated long-term second-generation group. *Smith College Studies in Social Work* 68 : 267-285.
7. Daligand L. 2009. Le psychotrauma de l'enfant. *Stress et Trauma* 9 : 224-227.
8. Dan-Glauser E. S., Scherer K. R. 2013. The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): factor structure and consistency of a French translation. *Swiss Journal of Psychology* 72 : 5-11.
9. Dopp A. R., Cain A. C. 2012. The role of peer relationships in parental bereavement during childhood and adolescence. *Death Studies* 36 : 41-60.
10. Drapper A. R., Hancock M. 2011. Childhood parental bereavement: The risk of vulnerability to delinquency and factors that comprise resilience. *Mortality* 16 : 285-306.
11. Ducos M., Duriez N. 2018. Groupes thérapeutiques. Accompagner la résilience. *L'Ecole des parents* 629 : 24-27.
12. Duriez, N. (2023). Séparation, conduites addictives et perte ambiguë. In G. Vitry (dir). *Comprendre et soigner les addictions avec les approches systémiques* (pp 153-164). Paris, France : Dunod.
13. Eppler C. 2008. Exploring themes of resilience in children after the death of a parent. *Professional School Counseling* 11 : 189-196.

14. Hanus M., Lebovici S. 1998. *Les Deuils dans la vie : deuils et séparations chez l'adulte et chez l'enfant* (2e éd.). Paris : Maloine.
15. Hanus M., Sourkes B. M. 1997. *Les Enfants en deuil : portraits du chagrin*. Paris : Frison-Roche.
16. Janoff-Bulman, R. 1992. *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York : Free Press.
17. Kaplow J. B., Layne C. M. 2014. Sudden loss and psychiatric disorders across the life course: Toward a developmental lifespan theory of bereavement-related risk and resilience. *American Journal of Psychiatry* 171 : 807-810.
18. Kirakosyan *et al.* 2021. Accompagnement d'une dyade mère enfant confrontée au deuil : apport d'un groupe thérapeutique « La Petite Fille aux Allumettes ». *Médecine Palliative* 20 : 227-234.
19. Kirwin K. M., Hamrin, V. 2012. Decreasing the risk of complicated bereavement and future psychiatric disorders in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 18 : 62-78.
20. Luecken L. J. 2008. Long-term consequences of parental death in childhood: Psychological and physiological manifestations. In W. Stroebe *et al.* (eds). *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*. Washington DC : Psychological Association, 397-416.
21. Mentec M., Flahault C. 2015. Perdre un parent dans l'enfance?: état des lieux des connaissances théoriques et des enjeux cliniques. Description et enjeux de la perte d'un parent dans l'enfance. *Bulletin du Cancer* 102 : 287-294.
22. Prigerson H. G. *et al.* 1995. Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research* 59 : 65-79.
23. Prigerson H.G., Horowitz M.J., Jacobs S.C., *et al.* 2009. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med* 6:e1000121.
24. Ramsden S. R., Hubbard J. A 2002. Family Expressiveness and Parental Emotion Coaching: Their Role in Children's Emotion Regulation and Aggression. *J Abnorm Child Psychol* 30 : 657-667.

25. Rimé B. 2009. *Le Partage social des émotions*. Paris : Presses Universitaires de France
26. Romano H. 2017. Le deuil chez l'enfant : spécificités selon les âges. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 65 : 318-327.
27. Weiss D. S, Marmar C. R. 1997. The impact of event scale – revised. In Wilson J. P., Keane T. M. (eds). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York : Guilford Press, 399-411.
28. Worden J. W., Silverman P. R. 1996. Parental death and the adjustment of school-age children. *Omega, Journal of Death and Dying* 33(2) : 91-102.
29. Zigmond A. S, Snaith R. P. 1983. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 67(6) : 361-370.

