



**HAL**  
open science

## **Accompaniment of a mother-child dyad confronted with grieving: Benefic contribution of a therapeutic group “The little match girl”**

Isabelle Lombard, Danièle Klein Laharie, Marine Chollet, Marthe Ducos Soares, Voskan Kirakosyan

### **► To cite this version:**

Isabelle Lombard, Danièle Klein Laharie, Marine Chollet, Marthe Ducos Soares, Voskan Kirakosyan. Accompaniment of a mother-child dyad confronted with grieving: Benefic contribution of a therapeutic group “The little match girl”. *Médecine Palliative*, 2021, 20, pp.227 - 234. <10.1016/j.medpal.2020.12.003>. <hal-04670136>

**HAL Id: hal-04670136**

**<https://hal.science/hal-04670136v1>**

Submitted on 23 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

**Accompagnement d'une dyade mère enfant confrontée au deuil : apport d'un groupe thérapeutique « La petite fille aux allumettes »**

*Accompaniment of a mother-child dyad confronted with grieving: Benefic contribution of a therapeutic group « The little match girl »*

Voskan KIRAKOSYAN <sup>a\*, 1,2</sup>, Isabelle LOMBARD <sup>b,1</sup>, Danièle KLEIN LAHARIE <sup>c,1</sup>,  
Marine CHOLLET <sup>d,1</sup>, Marthe DUCOS SUARES <sup>b,e,1,2</sup>

<sup>a</sup> EA 4050 CAPS, département de psychologie, université de Poitiers, 5, rue Théodore-Lefebvre, TSA 21103, 86073 Poitiers cedex 9, France

<sup>b</sup> Institut Bergonié, 229 cours de l'Argonne, 33000 Bordeaux, France

<sup>c</sup> Résidence médicalisée COS Villa-Pia, 52, rue des Treuils, 33000 Bordeaux, France

<sup>d</sup> Cabinet libéral, 23, rue Tourat, 33000 Bordeaux, France

<sup>e</sup> Laboratoire de psychopathologie et neuropsychologie (EA 2027), université Paris 8, 2 rue de la Liberté, 93526 Saint-Denis, France

\*Auteur correspondant ; e-mail : [voskan.kirakosyan@univ-poitiers.fr](mailto:voskan.kirakosyan@univ-poitiers.fr)

<sup>1</sup> Psychologue clinicien,

<sup>2</sup> doctorant

## **1. Introduction**

La mort dans notre société est médiatiquement sur-visible au détriment de la mort intime, singulière, individuelle qui devient invisible (1). La mort confronte chacun à l'insupportable, à l'irreprésentable et en fonction des époques, des sociétés et des âges le rapport à la mort se trouve différent. La mort d'un être cher, comme l'indique Roudaut, désorganise, elle modifie l'équilibre antérieur et nous perturbe et nous fragilise dans nos rapports à nous-mêmes et aux autres. Cependant, l'auteur ajoute que « les vivants ont toujours résisté contre cette désorganisation, cette remise en cause de l'ordre social des choses que la mort provoque » (2). Lorsque la mort d'un parent survient dans la vie d'un enfant jeune, en voie de développement, la dynamique familiale s'en trouve particulièrement désorganisée, avec d'importantes conséquences sur la vie quotidienne de l'enfant et de son parent restant. Aussi, la prise en compte de l'âge de l'enfant au moment de la perte est un facteur primordial, et il est essentiel de tenir compte des spécificités des manifestations cliniques de la perte, en fonction du développement de l'enfant.

Avant l'âge de deux ans, l'enfant n'a pas accès à la compréhension de la mort qui est une notion abstraite. A cet âge, il n'a pas encore de repères temporels qui lui permettent d'appréhender le temps ou la notion d'irréversibilité ; il vit dans l'instant présent et dans une dépendance aux objets concrets (3). C'est à travers son corps que l'enfant découvre le monde, il commence à intégrer quelques règles de son fonctionnement, il peut parfois agir sur lui, notamment à travers le jeu. La célèbre observation de Freud montre comment un tout petit joue avec une bobine attachée à une ficelle, la fait disparaître sous un meuble en disant alors « o-o-o » puis la fait réapparaître en tirant sur la ficelle, en criant « da », ce qu'il appelle le jeu du fort-da. Disparaître et revenir, souligne Freud, permet à l'enfant de maîtriser « [...] sans se rebeller, le départ de la mère. Il s'en dédommageait pour ainsi dire en mettant lui-même en scène, avec les objets qui lui étaient accessibles, le même disparaître et revenir » (Freud,

1920, p.285) (4) Ces observations montrent que les modes de communication du jeune enfant sont principalement non verbaux et soulignent combien il est sensible à l'absence et à la séparation mais, s'il peut ressentir l'absence de son parent mort, il continue à penser qu'il vit ailleurs et qu'il peut revenir (3).

L'enfant a besoin de se sentir aimé et important, de pouvoir être en confiance. C'est pourquoi il est essentiel, comme l'ont indiqué Laurent et al., de maintenir autour de lui des repères matériels et humains (les parents et la famille) stables (5). Or, quand la mort survient dans la vie d'un jeune enfant, elle bouleverse et affecte ses repères. La mort impacte aussi son parent restant. Ce dernier doit assumer seul le rôle parental et répondre à ses besoins, tant physiques que psychiques (sécurité, attention, affection) (6) mais il doit aussi faire face à de multiples difficultés : le chagrin de la perte de l'être aimé, les contraintes administratives, sociales, économiques... En effet, des auteurs, en s'appuyant sur une situation clinique, montrent comment une mère aux prises avec sa propre souffrance n'a pas la disponibilité psychique pour répondre aux sollicitations de son fils particulièrement demandeur, et est à contrario plus à l'aise dans la relation avec sa fille moins demandeuse (7)

Cet article a pour objectif, en partant de l'histoire d'Auguste et de sa mère Sarah<sup>1</sup>, de montrer comment la dyade mère/jeune enfant vit sa confrontation à la mort et comment elle évolue notamment à l'aide des dispositifs groupaux.

## **2. Présentation du dispositif « La petite fille aux allumettes : quels mots pour quels chagrins ? »**

Il y a 7 ans, le dispositif « La petite fille aux allumettes : quels mots pour quels chagrins ? » (PFAA) a été créé à l'initiative de plusieurs psychologues travaillant dans différentes institutions. L'objectif sous-jacent était de prévenir les complications du deuil dans

---

<sup>1</sup> Les prénoms ont été changés pour assurer la confidentialité.

des familles lourdement éprouvées. Ce dispositif propose aux différents membres de la famille des espaces distincts où chacun peut s'exprimer dans un cadre contenant, pour pouvoir mettre en mots les bouleversements familiaux et, au cours de chaque séance, se séparer puis se retrouver.

Ce dispositif est rattaché à une équipe mobile de soins palliatifs qui intervient soit au domicile, soit en structure médicosociale. Cette équipe dispose de locaux en ville, loin des lieux d'hospitalisation, pour les familles ce lieu est neutre et différent de celui où est mort le défunt. Ce rattachement favorise aussi une lisibilité du dispositif au niveau régional et assure un soutien logistique et administratif.

Les familles sont endeuillées de l'un des deux parents ou bien d'un enfant. Une fois par mois, une séance d'une heure et demie leur est proposée, elle est animée par des psychologues cliniciens, institutionnels, libéraux ou universitaires. Quatre groupes peuvent fonctionner simultanément :

- un pour les enfants (de 2 ans à 13 ans environ) ;
- un pour les parents ;
- un pour les adolescents et jeunes adultes (de 14 ans à 25 ans environ) ;
- un pour les grands-parents.

Les familles arrivent dans la salle d'attente ; des gâteaux, des bonbons ainsi que des boissons sont à leur disposition. Le plus souvent, un moment d'échanges spontanés s'instaure entre elles puis les enfants et les adultes rejoignent leurs groupes respectifs, dans des espaces différents, comme dans le dispositif proposé par Popper-Gurassa, où un travail thérapeutique se fait en parallèle (8).

L'avantage de ce dispositif original et expérimental permet aussi bien aux enfants qu'aux adultes de pouvoir nommer et exprimer leurs affects librement, sans le regard des

autres membres de la famille. La rencontre avec d'autres personnes vivant une situation semblable les autorise à interroger les effets de la mort et à pouvoir au fil du temps les identifier, les nommer, les montrer, les élaborer. **Faire groupe avec d'autres confrontés au même type de perte permet à chacun de s'enrichir de l'élaboration de l'autre.** Nous nous appuyons sur le concept d'appareil psychique groupal, car celui-ci « accomplit un travail psychique spécifique : il lie, assemble, accorde entre elles des parts de la psyché individuelle mobilisées dans le processus de formation d'un groupe. Le résultat est un certain arrangement combinatoire des psychés, un appareillage qui constitue la réalité psychique de et dans le groupe » (9). C'est un apport indéniable pour élaborer la perte et tenter de la métaboliser, car comme l'a souligné Allouche « 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 [...] » (10). La fonction contenante, qu'assure le dispositif, s'appuie aussi sur la notion d'appareil à penser les pensées (11). Ce dernier postule l'existence d'éléments bêta comme étant inassimilables par le psychisme, éléments insensés et bruts qui doivent être traités. La fonction alpha des psychologues aide alors à traiter, à transformer et à métaboliser ces éléments bêta ; élaborer autour des effets de la perte, du deuil, de la mort et des bouleversements familiaux qui en découlent. Ce concept est particulièrement efficient avec le groupe des enfants. Ces apports théoriques permettent d'élaborer autour de ce que la mort provoque comme désorganisation individuelle et familiale, ils favorisent aussi la possibilité de rêver à une réorganisation en faisant groupe. Ainsi chaque famille peut à son rythme créer de manière singulière une nouvelle façon de vivre en absence de l'autre.

### **3. Présentation de l'histoire clinique**

Étienne, un jeune homme de 30 ans était marié avec Sarah. Ils exerçaient tous les deux le même métier (architecte) mais dans des cabinets différents. Étienne était atteint d'un cancer

rare en phase évoluée, il avait conscience de la gravité de sa maladie mais c'était un battant : il essayait par tous les moyens de faire en sorte que la maladie prenne le moins de place possible dans sa vie. Il négociait les temps hospitaliers et continuait au maximum sa vie professionnelle. Lors des entretiens avec la psychologue, il évoquait souvent des angoisses liées à l'évolution de sa maladie et à sa mort prochaine. Étienne était en demande de soutien pour lui, pour sa femme Sarah, ainsi que pour leur fils Auguste, âgé alors d'un an. Étienne était plutôt réservé et timide alors que Sarah était plus extravertie. Auguste était un petit garçon aux yeux et aux cheveux très clairs, il était souriant, débordant d'énergie et très à l'aise dans ses mouvements. Il appréciait de rencontrer la psychologue. Étienne et Sarah en évoquant le jour où on leur a annoncé la maladie, ont précisé qu'Auguste s'est alors mis à marcher du jour au lendemain, il avait 9 mois.

Dès le début de la prise en charge, la psychologue rencontra régulièrement les différents membres de la famille, seuls ou ensemble. Après un entretien individuel, Sarah prit conscience qu'elle avait besoin d'un espace propre et demanda un soutien thérapeutique à l'extérieur de lieu d'accueil. Elle y continua la thérapie pendant toute la durée de la maladie de son mari et même après son décès. Lors de ces entretiens, des éléments de l'histoire familiale révélèrent que les deux grands-mères d'Auguste avaient des difficultés relationnelles avec leurs enfants. Étienne a évoqué le divorce de ses parents, les liens distendus avec son père et la difficile communication avec sa mère. Sarah a décrit sa propre mère comme envahissante, intrusive et ayant le syndrome invalidant, ce qui l'empêchait d'accueillir Auguste chez elle. Sarah a mis aussi en avant des difficultés avec sa belle-mère, notamment en ce qui concernait l'éducation d'Auguste.

Lors des derniers mois de la vie d'Étienne, Sarah était très présente auprès de lui. Auguste était souvent gardé par son oncle paternel ou par l'une de ses grands-mères, ce qui ne l'a pas empêché de venir souvent voir son père à l'hôpital jusqu'au jour du décès. Tout au

long de la maladie Sarah a trouvé un étayage contenant tant auprès de l'institution que de la psychologue. Elle disait que l'hôpital lui était devenu comme une seconde maison, une seconde famille, et Auguste appelait l'hôpital « la maison des docteurs ».

A l'approche de la mort la question des rites funéraires a été abordée : Étienne avait vécu de façon traumatique les obsèques de son propre père et il ne souhaitait pas que son corps ait affaire aux pompes funèbres. Le cancer, la mort de son père et la violence ressentie lors de la crémation le renvoyaient à des souvenirs douloureux dont il n'avait pas pu parler jusqu'alors. Sarah, lors du même entretien, a évoqué elle aussi la mort de son père. La maladie et la mort d'Étienne venaient ainsi raviver des liens transgénérationnels. La répétition de la mort du père par le cancer interrogeait cette absence passée et l'autre à venir et par voie de conséquence questionnait aussi la fonction maternelle. Comme une répétition d'une génération à l'autre, la maladie laissait en interrogation la place du père, et cette absence revenait questionner la place de chacun dans la dynamique familiale.

Peu de temps après le décès d'Étienne, Sarah demanda à intégrer le groupe. Auguste fut accueilli dans le groupe « enfants », Sarah dans le groupe « adultes ».

#### **4. Évolution d'Auguste dans le groupe « enfants » : figuration de l'absence**

Au début, Auguste allait spontanément vers la psychologue qu'il connaissait et restait le plus souvent à côté d'elle. A chaque séance, Auguste s'installait à la même place et voulait débiter les activités tout de suite, sans attendre que les autres s'installent. Lors des premiers groupes, Auguste était plutôt agité, il tentait de capter le regard de la thérapeute qu'il connaissait et supportait difficilement quand celle-ci interagissait avec d'autres enfants. Auguste, bien qu'en avance au niveau du langage, arrivait difficilement à s'exprimer ; à certains moments il pleurait, à d'autres moments il avait des comportements agressifs, il découpait/déchirait, tirait/cassait, tapait de plus en plus fort, par exemple sur la table. Au fil du

temps, grâce aux médiations comme la pâte à modeler, il est arrivé à se détacher de la psychologue et entrer en interaction avec les autres enfants du groupe.

Auguste aimait se déguiser avec des cartons et jouer au monstre, il prenait un réel plaisir à entraîner les autres enfants à faire comme lui. Il aimait particulièrement certains jeux de faire semblant : pousser, tomber, être mort. En effet, comme l'a souligné Brun « la crainte de la mort lui est étrangère, c'est pourquoi il jouait avec ce mot si effrayant et menaçait les autres enfants » (12). Lors de ces jeux, l'excitation d'Auguste était à son comble et les psychologues intervenaient régulièrement pour contenir ses débordements. Assez souvent, il mangeait des bonbons et des gâteaux sans aucune limite ce qui provoquait l'intervention des psychologues et les remarques des autres enfants, mais Auguste supportait difficilement qu'on lui impose des limites. Quand il était contrarié, il partait rejoindre sa mère dans le groupe des adultes et quand sa mère le ramenait, il la convainquait assez facilement de rester dans le groupe des enfants, en se collant à elle. De temps en temps aussi, il rejoignait sa mère juste « pour lui faire peur » et revenait seul retrouver les enfants.

Lors d'un groupe, lorsque les questions de la mort et de l'absence étaient abordées soit dans des discussions, soit dans des jeux, il arrivait qu'Auguste intervienne. Par exemple, quand les enfants évoquaient les raisons pour lesquelles ils venaient au groupe et nomment qui était mort dans leur famille, Auguste disait : « Ma maman, elle est pas morte ». Ce besoin de nommer sa mère en tant que vivante témoigne, comme l'a souligné Dayan de sa sensibilité à l'absence, à la séparation et aux changements, notions qu'à son âge il ne peut pas encore interpréter (13). **D'où peut-être aussi ses allées et venues entre les deux groupes comme s'il lui fallait vérifier la permanence de l'objet** (maternel).

De même, à la fin d'un groupe, Auguste dit « On va revoir les papas/mamans » et il semblait ainsi évoquer la permanence de l'objet à la fois maternel et paternel. Auguste continuait alors à penser que ce dernier (objet paternel) vivait toujours et qu'il pouvait revenir. A son âge, la

mort n'est pas encore vécue comme une absence définitive. De fait, il n'avait pas de représentation achevée de la mort, il ne disposait que de sa représentation de la vie, propre à son âge (6).

Un autre jour, Auguste et Zoé, une petite fille de son âge, jouaient à cache-cache sous la table en utilisant la toile cirée pour se cacher. Auguste dit : « Coucou mon papa est mort » et se cacha ; « Coucou, ma maman est morte » répondit Zoé en écho, en se cachant à son tour. Dans les rires, l'échange recommença. Grâce à ce jeu répétitif, « [...] l'enfant passe de la passivité de l'expérience de vie à l'activité du jeu, il inflige à un camarade de jeu le désagrément qui lui est arrivé à lui-même [...] » (Freud, 1920, p.287) (4).

Lors d'une autre séance, un enfant demanda « où vont les morts ? », une discussion animée s'engagea aussitôt et Auguste répondit : « Dans la maison des morts ». Il énuméra alors les différentes maisons, sa maison à lui, la maison des docteurs et la maison des morts... Auguste s'appuyait sur sa propre conception du monde, qui réduisait à un espace proche et familier, celui qu'il connaissait ; « on habite dans une maison ». Auguste nomma alors ces différents lieux, qu'il ne connaissait pas, qu'il ne pouvait imaginer. Mais au travers ces différents conceptions, Auguste pouvait croire à la permanence de l'objet paternel, alors qu'il n'était pas en mesure de conceptualiser sa mort.

Quelques séances plus tard, avec l'aide d'une psychologue, Auguste fabriqua un dauphin, puis deux, puis trois, en expliquant que ce serait : « Un grand dauphin, une maman et un bébé. ». Il ne cita pas le mot « papa ». Le grand dauphin fut cassé au cours du jeu et à la fin, il déclara « Le papa en pâte à modeler est réparé ». Auguste mettait en acte une image du père d'abord cassé, abîmé et ensuite réparé. Auguste semblait alors dans une tentative de maîtriser l'absence en faisant disparaître puis réapparaître l'objet à l'instar du fort-da. C'est grâce à l'étayage psychologique et à travers la médiation du jeu, que ce travail de mise en jeu

de l'absence et de la présence est devenu possible, pendant lequel Auguste pouvait avoir la main dessus et maîtriser.

Après plusieurs mois, la relation de réassurance avec la thérapeute qu'il percevait comme « référente » n'a plus été aussi nécessaire, Auguste faisait désormais partie du groupe des enfants. À deux ans et demi il était à l'aise dans la construction du bonhomme en pâte à modeler, ce qui signe l'acquisition d'un développement psychoaffectif habituellement acquis un peu plus tard. D'autres enfants très jeunes accueillis dans ce groupe ont montré eux aussi les mêmes capacités précoces. La mort d'un parent précocement dans la vie, impliquerait-elle une évolution du développement différente dans le domaine de certaines acquisitions ? Auguste est parvenu à se poser et à utiliser de multiples médiateurs, notamment le dessin, il est aussi devenu capable d'attendre. Il aime dessiner des escargots et comme eux laisser des traces un peu partout, une temporalité naissante se dessine peu à peu...

Il nous semble que le dispositif groupal et le travail en cothérapie exercent une fonction de contenance favorable à l'évolution psychique (15). **Ce dispositif a permis à Auguste de ne plus avoir besoin de s'agripper à sa mère comme dans les premiers temps de sa venue, la séparation est dorénavant possible et supportable.** Tout comme Auguste a pu aussi se séparer de la psychologue qu'il connaissait et ne plus être agrippé à elle. Par la suite, Auguste a intégré un multiaccueil qu'il a su investir positivement ; il n'a plus de difficulté à quitter sa mère, d'après cette dernière.

## **5. Sarah dans le groupe des adultes : la répétition transgénérationnelle de la mort**

A son arrivée Sarah a évoqué son vécu douloureux ; la mort rapide de son mari après un an de maladie, elle décrit « un cancer hyper grave que personne n'a » en en parlant au présent et dit à plusieurs reprises qu'un père de 30 ans ne devrait pas mourir. Cette désorganisation temporelle témoignait d'une confusion entre le présent et le passé et traduisait

son état de choc, sa sidération. Sarah restait figée dans un temps incertain, ni passé, ni présent, ni futur où elle était confrontée à l'impensable, car même si elle savait que son mari allait mourir, la mort a fait effraction, bouleversant ses repères. D'ailleurs, comme l'a souligné Brun « on sait que la rencontre avec la mort transforme le rapport au temps et à l'inconnu » (12). Et cela d'autant plus que la mort est récente.

En évoquant la mort de son mari, Sarah associait sur la mort de son père et celle de son beau-père, décédés tous deux d'un cancer et disait « j'ai l'impression que la maladie me suit ». Il semble que la mort de son mari ravivait des pertes associées à des deuils récents et s'inscrivait dans sa vie comme une répétition : les hommes de la famille meurent et laissent les femmes seules... Sarah semblait placer les expériences douloureuses de sa filiation, comme un fantôme de transmission générationnelle. Elle vivait en quelque sorte dans un temps mêlé où elle était en même temps orpheline et veuve. Sarah, au début des groupes évoquait l'absence de son mari, pleurait ; elle restait à la recherche de l'objet perdu. Ses comportements font penser alors une régression nécessaire sans doute, comme l'ont dit Bacqué et Hanus aux premières séparations du nourrisson qui « appelle désespérément sa mère jusqu'à l'épuisement » (14)

Sarah s'inquiétait sur la reprise de son travail : comment assurer seule le rôle parental ? Quelle disponibilité aura-t-elle pour son fils ? Ainsi, pour elle tout renvoyait à l'insupportable : sa situation de veuve trop jeune, le devoir d'élever un enfant seule, le vertige de se sentir seule. Pourquoi ne peut-on contrôler la vie, la maladie ?

Dans cette période, Sarah supportait difficilement que le groupe, comme lieu possible d'élaboration, la confronte à la réalité de la mort. Elle se sentait en décalage avec d'autres parents endeuillés. Elle avait besoin de souligner que la séparation d'avec son fils était difficile, et qu'elle avait ailleurs un espace thérapeutique qui lui était propre, qu'elle venait au groupe pour son fils et pour réfléchir sur son rôle parental et sa fonction maternelle. C'est cet

investissement qui lui a permis d'être là. Elle abordait le groupe comme une ressource pour trouver un étayage satisfaisant, ainsi que des repères, tout en s'appuyant sur l'expérience des autres, elle pouvait continuer à être une mère, comme l'a indiqué Winnicott « capable de s'adapter aux tout premiers besoins du nouveau-né, avec délicatesse et sensibilité » (15). Comme Sarah sentait elle-même qu'elle avait besoin de contenance, le groupe remplit cette fonction. Aussi, lorsque son fil venait la retrouver au groupe adulte, Sarah le ramenait et elle aimait bien rester au groupe « enfant ». La séparation d'avec son fils était toujours difficile, d'autant plus qu'Auguste restait collé à elle, mais cette dernière tentait par tous les moyens de le convaincre pour aller retrouver le groupe adulte. Aussi, son désir (inconscient) de rester au groupe enfant ne permettrait pas à Sarah de trouver « une place » en tant qu'orpheline ?

A la fin de sa participation Sarah s'interrogeait toujours sur sa fonction parentale, d'autant plus qu'elle était peu soutenue par sa famille. L'investissement de sa thérapie lui a permis de penser une forme de contenance pour la suite. Quelques mois après son départ, Sarah fit savoir que le groupe l'avait sortie de son isolement et lui avait permis de se confronter à d'autres vivant une situation similaire à la sienne : « on n'est pas seul à traverser ce cauchemar ». Sarah a pu avoir le sentiment d'être à nouveau une mère « suffisamment bonne », tout en s'appuyant sur l'expérience parentale des autres.

## **6. Retrouvailles au fil du temps entre Sarah et Auguste**

Comme cela a déjà été souligné, Auguste, au début de sa participation au dispositif avait besoin d'aller régulièrement voir sa mère dans le groupe « adultes ». Il s'y attardait volontiers, mais sa mère s'inquiétait de ce qu'il aurait pu y entendre et le ramenait au groupe « enfants ». Ces va et vient d'Auguste et d'autres enfants très jeunes nous laissent penser que l'enfant a besoin de vérifier la permanence d'objet. **Aller retrouver sa mère, c'est aussi s'assurer de sa permanence, revenir apprendre à petit à petit s'en séparer. Partir–**

**revenir ; quitter–se retrouver sont les fondements de notre dispositif**, ce qui permet aux enfants de jouer la permanence au service du fort-da.

Au fil du temps, au travers le jeu et les différentes médiations, Auguste a pu jouer et maîtriser l'absence et devenir capable de se séparer de sa mère. Au fil du temps, la séparation de sa mère n'est plus aussi difficile qu'au début. En effet, lors des premiers groupes, Auguste restait agrippé, collé à sa mère. Cette dernière le prenait dans ses bras. Ces moments pouvaient alors durer un petit moment, mais ils finissaient toujours par se séparer pour qu'Auguste et Sarah puissent retrouver leurs groupes respectifs. C'est après la séparation que les retrouvailles sont possibles, que favorise le dispositif avec les différents groupes.

## **7. Discussion**

La mort d'un être proche confronte l'enfant à un monde qui n'est plus stable comme il a pu l'être par le passé (16), comme le montre l'histoire d'Auguste et de sa mère. Si la prise en soin des familles endeuillées commence à se développer, il existe cependant toujours très peu de lieux dévolus à ce type d'accueil. L'apport positif des groupes d'endeuillés n'est pourtant plus à démontrer (17) : faire groupe permet à chacun d'exprimer, de partager, de s'appuyer sur l'expérience de l'autre. Le groupal porte chaque participant et permet de panser/penser les pertes de chacun.

Les jeux de faire semblant, les constructions en pâte à modeler, les jeux de cache-cache et les aller-retours du groupe « enfants » au groupe « adultes » montrent comment Auguste est arrivé à négocier ce que « la survenue d'une mort réelle donne, en effet, à l'existence d'un fantasme relatif à la mort une actualisation catastrophique, que l'on mesure à l'aune des réactions marquées d'irrationnel qui se produisent » (12). C'est que la mort d'un parent entraîne des modalités d'agrippement différentes, comme témoigne la dyade d'Auguste et sa mère. Notre dispositif apporte un avantage, car il assure la fonction d'accompagnement

et permet de jouer la permanence dans la dyade mère/enfant. Le dispositif groupal permet à l'enfant de ne pas rester agrippé à sa mère et que la mère ne continue pas à vivre que pour son enfant. Avec la mort du père, la triangulation nécessaire à l'évolution et au développement de l'enfant est mise à mal et notre dispositif groupal vient retriangler la dyade mère–enfant, au service du fort-da. Dès lors qu'il y a une difficulté à se quitter, à se séparer, la groupalité étaye cette séparation et permet les retrouvailles. Les allers–retours dans les groupes sont une manière d'expérimenter la séparation : au travers du jeu, les enfants se promènent et se séparent et ce passage est une figuration de la contenance du dispositif.

La mise en récit par Sarah de l'insupportable de sa situation résonne avec sa manière de décrire son fils comme insupportable, incontrôlable. Sarah a mis du temps pour mettre en relation le comportement d'Auguste et ce qu'il venait signifier : « la perte insupportable ». Les enfants, comme l'ont souligné Bacqué et Hanus « ne vivent pas le deuil en tant qu'élaboration psychique de la perte ; ils vivent des expériences de séparation et de perte dont l'importance et la signification profondes pour eux viennent de leur impact traumatique, c'est-à-dire le degré de détresse et de désorganisation qu'elles entraînent chez eux, en eux » (18). A cet âge, la mort d'un parent est vécue comme une absence prolongée et insensée, elle est décrite dans la littérature comme potentiellement traumatique ou plutôt « troumatique » (19). **Auguste face à ce « troumatisme » reprend la main dessus et peut maîtriser l'absence définitive qui est vécue comme une présence continue au travers des métaphores** (dauphin, maison, jeu de cache-cache, etc.). Ces exemples permettent de saisir qu'à cet âge, l'enfant s'exprime essentiellement non-verbale, il donne à voir des voies de solutions pour transformer l'absence de son père. Maintenir le père en vie relève aussi d'une tentative de se maintenir lui-même en vie, de lutter contre ses angoisses de séparation, comme l'indique Freud en observant le jeu de la bobine : « on voit que les enfants répètent dans le jeu tout ce qui leur a fait dans la vie une grande impression, que par là ils abrégissent la force de

l'impression et se rendent pour ainsi dire maîtres de la situation » (Freud, 1920, p.287) (4). En effet, là/pas là, venir/partir permettrait à l'enfant de contrôler un tant soit peu la présence et l'absence de l'autre. Auguste, devient alors le maître du jeu, il « trouve de surcroît du plaisir à répéter cette absence à l'aide d'objets qu'il fait apparaître et disparaître » (20).

Winnicott a postulé que les processus du deuil évoluent en fonction de la maturité de l'enfant et souligne qu'il existe souvent des temps différents pour élaborer autour de la perte. Le jeune enfant est confronté à la perte du parent sans l'avoir ni vécue, ni éprouvée lors de la mort. « On sait que, après la mort du père ou de la mère, les jeunes enfants se conduisent exactement comme si leurs parents étaient seulement partis ; [...] L'important pour le petit enfant réside en l'absence ou la présence corporelle de l'objet d'amour. » (A. Freud et Burlingham, 1943, cité par Hanus, 2004, (33)). Le parent est absent, mais il continue à vivre. Winnicott ajoute que c'est dans l'après coup et souvent de façon imprévue lors de la période de latence ou à l'adolescence que la question de la perte revient avec force sur le devant de la scène. Zech, parle à ce sujet d'un possible deuil différé (21).

Une attention particulière des professionnels est donc recommandée pour soutenir les enfants de cet âge. L'accompagnement de la famille est primordial dès l'annonce du diagnostic et il le reste pendant toute la durée de la maladie afin de favoriser le « juste-dire », c'est-à-dire une parole bienveillante qui favorise la construction de la pensée et qui préserve le lien de confiance (22,23), une parole pleine adressée à l'enfant en tenant compte de son degré de compréhension. Le parent survivant peut lui aussi aider l'enfant à traverser cette épreuve, en restant présent pour que l'enfant ne se sent pas abandonné (13). Pour le parent restant, un travail thérapeutique individuel, comme Sarah l'a entamé, peut prévenir les complications du deuil tant pour lui que pour son enfant (21,24). Des facteurs de protection, tant matériels que psychologiques, comme son bon niveau socioculturel ou la recherche

d'appuis dans le dispositif, permettent à Sarah de soutenir sa fonction parentale et son investissement de mère auprès d'Auguste (25,26).

Il est important de tenir compte des particularités de l'élaboration du deuil d'un parent en fonction de l'âge de son enfant tout en gardant à l'esprit la singularité de chacun et l'histoire propre à chaque famille. Il nous apparaît souhaitable qu'un tel accompagnement soit mis en place dès le moment où le pronostic devient réservé. Fasse et al. ont suggéré que l'absence de prise en charge en soins palliatifs pouvait potentiellement impacter le développement du processus de deuil du conjoint survivant et avoir de ce fait des répercussions sur le développement psychoaffectif de son enfant (24). Les professionnels de santé peuvent alors s'appuyer sur le référentiel « Parents atteints de cancer : comment en parler aux enfants » élaboré par l'Association française des soins oncologiques de support (Afsos) et la Société française de psycho-oncologie (SFPO) (27).

Il est donc souhaitable de proposer des prises en charge qui s'adressent à l'ensemble de la famille et non à un seul de ses membres, car les proches de l'enfant endeuillé ne réalisent pas toujours qu'ils sont eux aussi dans une forte vulnérabilité psychique (28). C'est dans son ensemble, que la dynamique familiale est atteinte et chacun de ses membres aura besoin d'historiciser cet événement puisque la confrontation à la perte est portée par l'ensemble du groupe familial.

## **8. Conclusion**

Dans la littérature nous trouvons des groupes pour les fratries ou pour les orphelins, des groupes pour les parents ayant perdu un enfant (29-31). Mais à notre connaissance peu de dispositifs proposent des groupes thérapeutiques simultanés avec, si cela s'avère nécessaire, la possibilité d'une reprise en entretien familial. C'est là que réside la force de notre proposition.

Le dispositif « La Petite Fille Aux Allumettes » propose des espaces thérapeutiques à des personnes confrontées à des situations de deuil potentiellement traumatiques ou pouvant porter atteinte au statut de sujet de l'enfant et du parent vivant. Ce dernier, parfois submergé par son propre deuil, est souvent en difficulté dans le réaménagement de sa propre fonction parentale. Ces espaces sont des lieux où des pulsions agressives et destructrices peuvent être déposées. Pour accompagner les endeuillés, les professionnels de santé peuvent aussi s'appuyer sur le référentiel « Le Deuil » créé en partenariat avec l'Afsos, la SFPO et la Société francophone d'accompagnement et de soins palliatifs (Sfap) (32).

Dès l'origine de notre fonctionnement, nous avons mis en place une supervision, afin de permettre aux divers thérapeutes de travailler sur leurs propres éprouvés et de réfléchir en permanence à ce qui fait groupe. Grâce à ce positionnement psychique, nous proposons un espace créatif, afin que ces familles parviennent à penser l'impensable et à réélaborer leur histoire familiale en y incluant les absents.

Les médiations par le jeu, le dessin, la pâte à modeler, les contes offrent à l'enfant la possibilité d'exprimer ce qui fait souffrance et de l'élaborer au fil des séances. Les propositions et les interactions avec les autres enfants du groupe aident chacun à évoluer, et à sortir de l'isolement de son statut d'orphelin. Le but est de relancer l'appareil à penser les pensées des enfants et des parents, en relançant la capacité d'imaginer (11).

## **Financements**

Étude financée par la fondation d'entreprise Ocirp.

Voskan Kirakosyan : thèse de psychologie clinique et psychopathologie, financée par la Ligue nationale contre le cancer.

## **Remerciements**

Les auteurs remercient la fondation d'entreprise Ocirp pour le financement du dispositif, ainsi que nos collègues, cothérapeutes et stagiaires sans qui ce dispositif ne pourrait avoir lieu et Françoise Mevel pour ses conseils lors de sa relecture bienveillante.

### **Lien d'intérêts**

Comité d'éthique : Comité de protection des personnes Ouest III.

### **Bibliographie**

1. Guay DL. Représentation actuelle de la mort dans nos sociétés: les différents moyens de l'occulter. *Etudes sur la mort*. 2008;n° 134(2):115-23.
2. Roudaut K. La normalisation du deuil. *Med Palliat* 2017;16(2):104-8.
3. Clément M-N. Comment te dire ?... Parler de la mort avec les tout-petits. Jusqu'à La Mort Accompagner la Vie 2018;132(1):23-34.
4. Freud S. Audelà du principe du plaisir (œuvres complètes, Vol. 15). Paris: PUF (Original publicado em 1920). 1996;
5. Laurent S, Frache S, Henry F, Aubry R. Enjeux de la médecine palliative pédiatrique en 2016. *Med Palliat* 2016;15(5):280-7.
6. Romano H. Annoncer à un tout-petit la mort d'un de ses parents. In : Ben Soussan P, éd., *L'enfant confronté à la mort d'un parent*. Toulouse: Éres, 2013. Pp. 55-68. DOI : 10.3917/eres.benso.2013.01.0055.
7. Suares MD, Duriez N. Un dispositif innovant en psycho-oncologie pour accompagner les jeunes enfants endeuillés : La Petite Fille aux allumettes. *Psycho-Oncol* 2018;12(4):276-82.
8. Popper-Gurassa H. Les groupes emboîtés, une résonance convoquée. *Rev Psychother Psychanal Groupe* 2016;66(1):187-96.

9. Kaës R. L'appareil psychique groupal. 2000;
10. Allouch J. Érotique du deuil au temps de la mort sèche. Epel; 1995.
11. Bion WR. Une théorie de l'activité de pensée. *Réflexion faite*; 1962;125–135.
12. Brun D. Le rapport de l'enfant à la mort : paradoxes d'une souffrance. *Reliance* 2007;26(4):34-42.
13. Dayan J. Les réactions des enfants face à la mort d'un de leurs parents. In : Ben Soussan P, éd., *L'enfant confronté à la mort d'un parent*. Toulouse: Éres; 2013. Pp. 135-142.  
DOI : 10.3917/eres.benso.2013.01.0135.
14. Bacqué M-F, Hanus M. Le déroulement du deuil « normal ». *Que sais-je?* 2014;6e éd.(3558):26-34.
15. Courtinat É. La préoccupation maternelle primaire 1956 Donald Wood Winnicott. nd.  
Disponible en ligne à l'adresse : <http://docplayer.fr/226760-Courtinat-elisabeth-la-preoccupation-maternelle-primaire-1956-donald-wood-winnicott.html>.
16. Molinié M. Orphelins : des enfants en relation avec un parent défunt. *Jusqu'à La Mort Accompagner la Vie* 2018;132(1):53-62.
17. Oppenheim D, Hartmann O. Groupes psychothérapeutiques de parents en deuil. *Neuropsychiatr Enfance Adolescence* 2002;50(1):62-70.
18. Bacqué M-F, Hanus M. Le déroulement du deuil chez l'enfant. *Que sais-je?* 2009;4e éd.(3558):88-95.
19. Lacan J. Le séminaire XXI, Les non-dupes errent. Unpublished manuscript. 1973;
20. Delplanche D. Le jeu du «Fort-Da» ou l'incidence du symbolique sur le sujet. 2000;11.
21. Zech E. *Psychologie du deuil: impact et processus d'adaptation au décès d'un proche*. Editions Mardaga; 2006. 292 p.
22. Reich M, Vennin P, Belkacémi Y. Cancer diagnosis announcement: an act to seal the

pact of trust between doctors and patients. Bull Cancer 2008;95(9):841-7.

23. Clément-Hryniewicz N, Paillaud E. Quand le mot cancer fait trauma. Réflexions autour de l'annonce diagnostique de cancer. Psycho Oncologie 2008;2(1):44-8.

24. Fasse L, Sultan S, Flahault C. Expérience de prédeuil à l'approche du décès de son conjoint : une analyse phénoménologique interprétative. Psychol Fr 2013;58(3):177-94.

25. Allen JY, Haley WE, Small BJ, Schonwetter RS, McMillan SC. Bereavement among hospice caregivers of cancer patients one year following loss: predictors of grief, complicated grief, and symptoms of depression. J Palliat Med 2013;16(7):745-51.

26. Nielsen MK, Neergaard MA, Jensen AB, Vedsted P, Bro F, Guldin M-B. Predictors of complicated grief and depression in bereaved caregivers: a nationwide prospective cohort study. J Pain Symptom Manage 2017;53(3):540-50.

27. Lombard I, Ardichen E, Kirakosyan V, Michel R. Parents atteints de cancer : comment en parler aux enfants ? Psycho-Oncologie 2018;12(1):38-45.

28. Caputo CF. Accompagner un enfant endeuillé : quel rôle pour les enseignants ? Jusqu'à La Mort Accompagner la Vie 2018;132(1):63-73.

29. Suc A, Blandin I, Lutgen V, Vignes M, Raynaud J-P. Histoire d'en parler. Quelques éléments de réflexions un an après la mise en place de groupes de fratries endeuillées. Med Palliat 2008;7(5):271-6.

30. Suc A, Blandin I, Lutgen V, Bayle M, Cayzac D, Raynaud J-P, et al. Enfants endeuillés : expérience des ateliers médiatisés « Histoire d'en parler ». Med Palliat 2013;12(3):152-6.

31. Nové-Josserand H, Godet A, Frappaz D, Schell M. Dire l'indicible. Groupe de parole de parents ayant perdu un enfant d'un cancer. Med Palliat 2011;10(6):312-7.

32. Lombard I, Kirakosyan V, Préaubert-Sicaud C, Haritchabalet I, Hergaux P, Leplus-Habeneck J-S, et al. Accompagner les endeuillés : un référentiel pour nous guider. Bull

Infirmier Cancer 2020;20(1):31-6.

33. Hanus M. 2004. À compléter