



# Fratries en deuil

**Daniel Oppenheim**

DANS **JUSQU'À LA MORT ACCOMPAGNER LA VIE 2015/2 (N° 121)**, PAGES 105 À 114

ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE GRENOBLE**

ISSN 0768-6625

ISBN 9782706122965

DOI 10.3917/jalmalv.121.0105

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2015-2-page-105.htm>



**CAIRN.INFO**  
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Presses universitaires de Grenoble.**

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

## FRATRIES EN DEUIL

\* DANIEL OPPENHEIM, PSYCHIATRE, PSYCHANALYSTE À L'INSTITUT GUSTAVE-ROUSSY, VILLEJUIF

**J**e m'appuierai sur mon expérience de psychiatre et de psychanalyste auprès d'enfants traités pour cancer. La majorité des enfants traités guérissent, mais pas tous. Le décès de l'enfant survient des mois ou des années après le diagnostic. Des relations fortes se sont tissées entre l'enfant, sa famille et ses soignants. Cette maladie révèle, de façon forte, les bouleversements que toute maladie grave entraîne chez un enfant et dans sa famille. C'est pourquoi, dans ce contexte, les processus de deuil peuvent montrer leur complexité plus clairement qu'à la suite de décès brutaux, comme lors de mort subite du nourrisson, d'accidents de la circulation, de suicides par exemple.

### LE DEUIL

La mort d'un frère ou d'une sœur est une expérience terrible pour un enfant, quel que soit son âge. Le deuil de la fratrie est souvent intense, et cause de grandes souffrances, d'autant qu'il est souvent négligé par les parents et les soignants. Il peut laisser des traces durables, qui ont des conséquences sur les choix de vie de ces enfants et leur devenir existentiel. Il faut donc se préoccuper autant de la traversée du deuil elle-même que de ce devenir à long terme.

Le deuil est un processus normal, inévitable, qui s'étend sur plusieurs mois, voire plusieurs années. Le sujet y prend conscience de l'amour qu'il avait pour l'autre, de la perte subie, récupère



progressivement cet amour et cette énergie pour l'investir ailleurs sans pour autant oublier le mort, mais en établissant d'autres relations à lui, plus libres, moins douloureuses. Dans un premier temps, il est sidéré par la souffrance, se sent véritablement vidé, incrédule (faisant parfois comme si l'autre n'était pas mort), culpabilisé (de vivre, d'être responsable de sa mort ou de sa souffrance, d'oublier, de ne plus penser à l'autre). Il s'isole, se sentant si différent des autres (qui continuent de vivre, banalement, comme si de rien n'était), y compris de ses parents. Ceux-ci, enfermés dans leur propre souffrance, ne peuvent bien souvent ni le comprendre, ni l'aider. Il continue de chercher une cause à la maladie, à la mort de l'autre enfant, a peur de toucher à ses affaires, à ses jouets ou, au contraire, les utilise, occupe sa chambre. [...]

### **LE TEMPS DE LA MALADIE**

La façon dont la fratrie d'un enfant décédé traverse le deuil dépend, en grande partie, de la façon dont elle a traversé, avec lui, le temps de sa maladie.

La fratrie d'un enfant malade se pose les mêmes questions (parfois en miroir) que l'enfant malade, et subit les effets du bouleversement et des contraintes introduits par le cancer dans la vie de la famille. Sa place n'est pas facile, et les parents ne devraient pas négliger sa souffrance ni, autant que possible, établir de hiérarchie de préoccupation entre leurs différents enfants. Cette épreuve a bouleversé tous leurs repères : le rapport au corps, à la famille, à la société et à la place que chacun y occupe, le sentiment de leur identité, de leur valeur, la confiance en eux-mêmes et dans le monde des adultes. Elle les a confrontés, les uns et les autres, inévitablement à la question de la présence de la mort dans la vie, à la conscience de leur propre mort possible, à la réflexion sur le sens et la valeur de la vie, sur la place que la maladie y a occupée (« Pourquoi moi, lui, ma famille ? Qui en est responsable ? ») Le cancer est ainsi

une épreuve de vérité sur la valeur de ce qui leur a été transmis par leurs parents, sur leur propre valeur.

Pour comprendre son deuil et l'aider à le traverser, il importe donc de connaître et comprendre ses relations, pendant le temps de la maladie, à l'enfant malade, aux parents, aux soignants, mais aussi à son propre environnement, scolaire, culturel et social.

Lorsque l'enfant malade meurt, toutes les questions qui se sont posées pendant le déroulement du traitement resurgissent, et celles qui n'ont pas été suffisamment abordées et dépassées sont causes de désarroi, de souffrance, de conflits, et gênent le nécessaire travail du deuil.

### **QUESTIONS QUI SE RÉVÈLENT DANS LE DEUIL**

La fratrie se pose aussi la question : est-ce que tout a bien été fait pour soigner mon frère, ma sœur ? D'où l'importance, pendant le temps du traitement, de lui expliquer les modalités du traitement, l'évolution de la maladie, les raisons de la mort (et pas lui en cacher la possibilité, puis la proximité, jusqu'au dernier moment). Il importe aussi que les parents évitent d'exprimer devant lui des critiques non contrôlées contre les soignants, car il pourrait en garder le sentiment qu'il existe un responsable de la mort de son frère : les soignants incompetents, ou la société qui ne leur a pas donné des moyens suffisamment, ou les parents qui leur ont fait aveuglement confiance, ou lui-même qui n'a pas ouvert les yeux de ses parents, et cette culpabilité pourrait gêner gravement le déroulement du processus de deuil. Pour que la fratrie garde une mémoire juste et non traumatisante de l'autre enfant, il importe donc que l'enfant malade, tout au long du traitement, soit resté lui-même, autant que possible : physiquement (qu'il ait gardé une image du corps satisfaisante) et psychiquement (dans sa personnalité, son caractère, ses façons d'être et de penser, le sentiment de sa valeur et de son identité).

La façon dont la période terminale s'est déroulée est particulièrement intense, importante. Ainsi, a-t-il pu préserver, aussi loin que possible, la relation à son frère? A-t-il pu être aidé à comprendre ses moindres gestes, ses moindres expressions, même lorsque l'autre enfant était trop faible pour parler, pour jouer, pour se faire comprendre, voire était inconscient? A-t-il compris que l'enfant percevait sa présence, que son retrait en lui-même n'était pas signe de rejet, qu'il ne lui en voulait pas, ni du traitement ni de continuer à vivre. Car ces images des derniers jours, des derniers moments, parfois d'une violence insoutenable, viennent avec insistance, jour et nuit, et à tout moment, assaillir et persécuter les parents et la fratrie après la mort de l'enfant : images *flash* ou *flash-back*, craintes, et pourtant attendues avec impatience car elles sont aussi des objets précieux de mémoire. Revenir dans le service pour mieux comprendre avec les soignants et le « psy » ce qu'ils ont vécu et confronter les mémoires les aide à dépasser les souffrances séquellaires plus ou moins durables ou tardives.

### COMPRENDRE LA MORT

La fratrie s'appuie sur les éventuelles réponses religieuses de ses parents, et sur l'expérience de la famille (les enterrements, les objets de mémoire, les dates anniversaires, les façons de parler, de se souvenir du mort, ou d'autres morts, plus anciennes). La mort est l'inconnu que son imaginaire essaie d'apprivoiser (les multiples représentations de la mort, les récits et les légendes). Elle a ses propres théories sur la mort, comme les adultes (elle peut venir de vœux de mort, vivants et morts peuvent communiquer, les morts peuvent revenir, on peut mourir plusieurs fois, etc.). Pouvoir exprimer ces questions, vérifier qu'elles sont comprises et partagées, la rassure.

L'enfant, dès 3-4 ans, peut comprendre ce qui arrive (« une maladie importante, différente de celles qu'il connaît, qui nécessite donc des traitements longs et pénibles, à l'hôpital »),

l'inquiétude de ses parents, leur confiance dans l'équipe soignante et l'issue du traitement, leur solidarité avec elle malgré les gestes désagréables ou douloureux qu'elle peut faire (ni méchanceté ni punition). Il peut comprendre la raison d'un changement d'un programme thérapeutique qu'il constate (la maladie apparaît plus forte que les médecins le pensaient, c'est pourquoi ceux-ci proposent d'autres médicaments, un autre traitement). Faute de recevoir les informations nécessaires pour se repérer, il peut se replier dans la passivité (ce qui est parfois perçu à tort par ses parents comme de l'égoïsme, qu'ils peuvent lui reprocher, parfois durement, ce qui augmente d'autant plus sa souffrance, son désarroi, sa détresse, son sentiment d'être victime de l'injustice, plus même que l'autre enfant). Il peut en garder durablement le sentiment d'être réellement le « méchant » de la famille, un monstre d'égoïsme, et perdre le sentiment de sa valeur. Tous ces éléments gênent le déroulement du deuil, voire peuvent le rendre indépassable. D'où l'importance de les reconnaître et les traiter pendant la maladie.

### **DIFFICULTÉS DURABLES**

Les difficultés de la fratrie peuvent apparaître précocement après le décès ou bien plus tardivement, à des moments significatifs de sa vie : adolescence, fin des études, entrée dans la vie professionnelle, premières relations affectives et sexuelles durables, naissance d'un enfant, enfant atteignant l'âge que l'autre enfant avait quand il a été traité, etc. Elles se révèlent parfois dans la façon dont, devenu adulte, elle éduque ses propres enfants (phobie de la maladie ; protection exagérée ; culpabilité et deuil non dépassé ; sentiment que ses parents ne la reconnaissent pas comme parent, continuent de lui préférer l'enfant mort, resté éternellement dans l'enfance, etc.).

Mais, comme ses parents, elle peut être fière d'avoir traversé une épreuve difficile, d'avoir découvert ses qualités insoupçonnées, et celles de l'enfant malade, ou être honteuse d'avoir été passive,



égoïste, impuissante, responsable par ses exigences « excessives » du désarroi des parents (et parfois de leur crise de couple), voire de la mort de l'enfant malade. Elle peut en garder un sentiment de fragilité, d'injustice, de rancœur envers les autres, de méfiance envers les adultes et la médecine, d'échec, et se figer dans une attitude phobique, de retrait, ou de vengeur (« nous avons assez payé avec sa souffrance et sa mort, nous ne paierons plus rien, ce sont les autres qui sont en dette par rapport à nous ; aux autres de souffrir », etc.). Ceci peut déboucher sur des comportements incivils, de la petite délinquance, ou des conduites risquées (tabac, alcool, négligence de sa santé), comme si elle voulait aussi se punir d'être vivante, alors que l'autre enfant ne l'est plus ; ou comme si elle était tentée de le rejoindre rapidement, pour ne pas le laisser seul dans la mort. Certains peuvent être tentés par le suicide, et parfois le réaliser. Elle peut garder un désinvestissement intellectuel, avec ses effets négatifs sur sa scolarité, quand elle a eu le sentiment que ses parents et les médecins ne l'ont pas jugée dignes de recevoir les explications médicales, voire qu'on l'a trompée sur la réalité de la situation de l'enfant malade (« à quoi bon chercher à comprendre, à savoir, réfléchir, si ça ne correspond pas au souhait des adultes ! ») Certains pensent qu'ils ont raté leur enfance ou leur adolescence quand ils se sont sacrifiés à l'enfant malade, négligeant leurs propres intérêts, leur scolarité, leurs amitiés, soit à la demande des parents, soit de leur propre initiative (« tout ça pour en arriver là ! »). D'autres se sentent tellement étrangers aux autres, du fait de l'expérience exceptionnelle qu'ils ont traversée, qu'ils craignent toute relation durable, et s'engagent dans des conduites d'errance ou de solitude.

### **TRAVERSER L'ADOLESCENCE, TRAVERSER LE DEUIL**

L'enfant réagit selon son âge (et il importe de différencier le petit enfant, l'enfant, l'adolescent) mais aussi de son sexe et son histoire propre (être l'aîné ou le cadet, le frère ou la sœur, par

exemple). Ainsi, il peut se demander : quelle place dans la fratrie était la meilleure, la plus risquée ; quel fut le désir des parents à sa naissance ; quelle place ont-ils, l'un et l'autre occupée dans le désir des parents, avant la maladie, puis pendant, et maintenant ? Quels espoirs les parents ont-ils mis sur l'enfant décédé, et que sont-ils devenus ?

Dans sa révolte, nécessaire, l'adolescent et ses parents prennent conscience qu'ils ont des limites et sont mortels. Mais dans cette situation, ils sont prudents dans cette lutte à mort symbolique entre enfants et parents qui constitue la traversée de l'adolescence, par peur de la mort réelle toujours possible, dont ils viennent, les uns et les autres, de faire l'expérience dans la plus grande proximité.

### **RELATIONS PARENTS/ENFANTS DANS LE DEUIL**

La fratrie est attentive à la façon dont les parents parlent de l'enfant mort, ou n'en parlent pas (par peur de faire surgir une émotion et une souffrance incontrôlables ; pour y penser en dehors des autres, comme s'ils étaient les seuls gardiens de sa mémoire, dont ils ne veulent pas être dépossédés par les autres, qu'ils ne veulent pas partager avec les autres). Les parents peuvent en parler comme d'une souffrance intolérable, toujours présente, et qui n'évoluera pas, ne s'apaisera pas. La fratrie peut alors avoir le sentiment d'avoir perdu aussi ses parents, devenus indisponibles, totalement aliénés à la mémoire de l'enfant mort, qui est alors devenu, de fait, autant un persécuteur qu'une idole intouchable. Elle peut en ressentir un certain découragement (le temps ne passe plus), un sentiment d'abandon, ou de la pitié et de la compassion envers les parents (étant devenue, par la force des choses, prématurément adulte, comme responsable d'eux), ou de colère contre eux, ou avoir le sentiment de ne pouvoir plus rien attendre d'eux. Elle peut ressentir de la colère contre l'enfant mort, devenu le persécuteur tyrannique de la famille. Elle peut aussi, et surtout si elle a eu le sentiment, à tort ou à



raison, que les parents n'étaient pas à la hauteur de l'épreuve de la maladie, (trop dociles envers les médecins, trop déprimés ou phobiques pour jouer authentiquement leur rôle de parents auprès de l'enfant malade, auprès d'elle, face aux médecins et aux infirmières), qu'ils ont eu tendance à se décharger de leurs responsabilités sur leurs propres parents (les grands-parents). Elle peut alors être en colère contre eux, perdre confiance dans leur capacité parentale, voire penser qu'être parent est trop dur, trop risqué, et décider de n'avoir pas d'enfant plus tard. Elle peut aussi s'enfermer dans une attitude égoïste et solitaire : avoir peur d'aimer, car la perte d'un être aimé est terrible et laisse une souffrance intolérable, durable. [...]

### **DÉPASSER DES DEUILS ANCIENS POUR ÊTRE DISPONIBLES AU DEUIL NOUVEAU**

L'incapacité des parents à aider la fratrie à se confronter à cette situation vient parfois d'un deuil précédent dans lequel ils restent pris. Elle peut venir de ce qu'ils sont enfermés dans des questions excessivement difficiles et douloureuses, qu'ils n'arrivent pas à dépasser. [...]

L'enfant et ses parents peuvent avoir été positivement transformés, ayant découvert en eux des qualités insoupçonnées, ayant tissé entre eux des liens plus riches, plus forts. L'enfant a découvert de nouveaux centres d'intérêt, parfois du côté de la médecine ou de la biologie, ou de la recherche (mais il est souhaitable qu'il s'interroge, avant de débiter ses études, sur les raisons et l'origine de son désir), il a acquis une attention et une ouverture aux autres plus grande. Il a mûri, sans avoir vieilli. Ainsi, enfants et parents doivent apprendre à vivre ensemble, dans cette situation nouvelle, et trouver un équilibre satisfaisant entre continuité et rupture, entre présent, passé et avenir.



### Références personnelles

- Oppenheim D., « Attitudes face à la mort dans le champ médical » in R. Carvais, M. Sasportes, *La greffe, le don, la société*, Paris, PUF, 2000.
- Oppenheim D., « Les soignants mis à l'épreuve par l'adolescent(e) cancéreux », *Études sur la mort*, 1998, 113, p. 57-65.
- Oppenheim D., *L'enfant et le cancer. La traversée d'un exil*, Paris, Bayard, 1996.
- Oppenheim D., *Ne jette pas mes dessins à la poubelle. Dialogues avec Daniel, traité pour cancer, entre sa 6<sup>e</sup> et sa 9<sup>e</sup> année*, Paris, Seuil, 1999.
- Oppenheim D., *Dialogues avec les enfants sur la vie et sur la mort*, Paris, Seuil, 2000.

*Initialement publié dans le n° 63, décembre 2000*

**Mots-clés** : deuil, mort, famille

