HAL
open science

Le Trouble du Deuil Persistant chez la Personne Âgée : évaluation et Étude des Effets de la Personnalité

Pascaline K'Delant Ramanantsialonina

To cite this version:

Pascaline K'Delant Ramanantsialonina. Le Trouble du Deuil Persistant chez la Personne Âgée : évaluation et Étude des Effets de la Personnalité. Psychologie. Université Nancy 2, 2010. Français. NNT : 2010NAN21008 . tel-01752916

HAL Id: tel-01752916

https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01752916

Submitted on 29 Mar 2018

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.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Nancy-Université
Université Nancy 2

Le Trouble du Deuil Persistant chez la Personne Âgée : Évaluation et Étude des Effets de la Personnalité.

Thèse pour l'obtention du grade de Docteur de Nancy Université

Discipline : Psychologie
Présentée et soutenue publiquement par

Pascaline K'DELANT

Le 15 février 2010

Sous la direction du Professeur Kamel GANA

<u>Membres du jury</u> :
Professeur Kamel GANA (Université Bordeaux 2, Directeur de thèse)
Professeur Jean-Louis NANDRINO (Université Lille 3)
Professeur Christian REVEILLERE (Université de Tours, Rapporteur)
Professeur Emmanuelle ZECH (Université Catholique de Louvain, Rapporteur)

Le Trouble du Deuil Persistant chez la Personne Âgée : Évaluation et Étude des Effets de la Personnalité

A celle et à celui qui se sont envolés
parmi les anges, au cours de ce travail de thèse. Ils m'ont amenée à
vivre et à comprendre le paroxysme du deuil.

Remerciements

J'emprunterais les mots écrits par Jean de La Bruyère : « il n'y a guère au monde un plus bel excès que celui de la reconnaissance ». De cet élan littéraire, il s'agit de la reconnaissance que je porte au Professeur Kamel Gana qui a su voir en moi des facultés de chercheur. Kamel Gana, directeur de cette thèse, est cet homme qui a su me faire confiance, me soutenir, m'accompagner, m'apprendre sur le chemin tumultueux d'un travail de recherche.

Je remercie les membres du jury, les professeurs Jean-Louis Nandrino, Christian Réveillère et Emmanuelle Zech, d'avoir accepté d'évaluer ce travail. Je suis honorée par leur présence à cette soutenance de thèse.

Il m'est impossible de ne pas remercier spécialement Prigerson, Neimeyer, Bonanno et Stroebe qui se sont mis à ma disposition et qui ont partagé avec moi leurs travaux. Ils ont apporté des références, des documents et des conseils précieux à cette thèse.

Je ne peux non plus oublier les étudiantes de Master 1 en psychologie : Jessica, Hélène, Honorine et Linda pour l'aide qu'elles m'ont apportée dans la passation de protocoles de recherche. A leurs côtés, j'ai appris, me semble-t-il, la pratique d'un encadrement de recherche qui est venu enrichir celle de mes enseignements.

Je remercie avec une profonde reconnaissance toutes ces femmes et tous ces hommes qui, par un don d'eux-mêmes, ont donné à ce travail de thèse tout son corps.

Je remercie chaleureusement Messieurs Pétry ainsi que toutes leurs équipes pour la place qu'ils m'ont donnée en tant que psychologue et jeune chercheur au sein de leurs maisons de retraites médicalisées, dans le cadre d'un CIFRE.

Merci à tous mes amis et aussi collègues qui, avec humour et amitié, ont toujours crié « Présent ! ».

Une profonde reconnaissance à celui qui partage ma vie ainsi qu'à sa famille.

Ce parcours universitaire, l'aboutissement de ce travail et la reconnaissance de mon accomplissement, je les dois à ma famille qui n'a eu de cesse que de croire en moi. Sans ces soutiens, je ne sais si j'aurai eu cet élan.

Sommaire

INTRODUCTION ..... - 9 -

PARTIE I : DE LA THEORIE DU DEUIL ..... - 12 -

CHAPITRE 1. LES DEFINITIONS DU DEUIL : SES CONCEPTS ET SES SYSTEMES DIAGNOSTIQUES ..... - 13 -

1.1. Les Définitions du deuil ..... - 13 -
1.1.1. Les définitions et les terminologies du deuil dans les recherches francophones ..... - 13 -
1.1.2. Les définitions et les terminologies du deuil dans les recherches anglo-saxonnes ..... - 14 -
1.1.3. Les limites des définitions et les problèmes de consensus concernant le deuil ..... - 15 -
1.1.3.1. Les limites de la classification américaine des maladies mentales ..... - 16 -
1.1.3.2. Les limites de la Classification Internationale des maladies mentales ..... - 17 -
1.1.3.3. Le deuil peut-il être une pathologie mentale ? ..... - 18 -
1.2. Les concepts du deuil ..... - 19 -
1.2.1. La notion de perte ..... - 19 -
1.2.2. La notion de Trauma ..... - 20 -
1.2.3. Le syndrome de stress post-traumatique ..... - 21 -
1.2.4. L'épisode dépressif majeur ..... - 22 -
1.3. Les différents types de deuils ..... - 24 -
1.3.1. Le deuil « normal » ..... - 24 -
1.3.2. Le deuil difficile ..... - 26 -
1.3.3. Le deuil pathologique ou psychiatrique ..... - 26 -
1.3.4. Le deuil compliqué ..... - 28 -
1.4. Vers le concept du Trouble du deuil persistant (TDP) ..... - 29 -
1.4.1. Le TDP ..... - 29 -
1.4.2. Le trouble du deuil persistant un trouble distincts du SSPT et de l'EDM ..... - 30 -
1.4.3. Le système diagnostic du TDP ..... - 31 -

CHAPITRE 2. LES ENJEUX DE L'ADAPTATION PSYCHOLOGIQUE ET LE TDP ..... - 35 -

2.1. Les approches théoriques et les modèles explicatifs des complications au deuil ..... - 35 -
2.1.1. Les approches théoriques du deuil ..... - 35 -
2.1.1.1. Approche psychiatrique ..... - 35 -
2.1.1.2. Approche psychodynamique et clinique ..... - 36 -
2.1.1.3. Approche théorique de l'attachement ..... - 37 -
2.1.1.4. Approche cognitive ..... - 38 -
2.1.1.5. Autres approches théoriques ..... - 39 -
2.1.2. Les modèles théoriques explicatifs du deuil et de ses issues ..... - 40 -
2.1.2.1. Le Modèle Duel des Processus de Coping du Deuil ..... - 40 -
2.1.2.2. Le modèle relatif aux processus émotionnels lors du deuil ..... - 49 -
2.1.2.3. Modèle des issues du deuil compliqué et du deuil non-compliqué médiatisées par le sens de la perte pour le survivant ..... - 44 -
2.1.2.4. Le cadre intégratif des facteurs de risque ..... - 47 -
2.1.2.5. Le modèle social interactionnel de la divulgation narrative relative au deuil ..... - 48 -
2.2. L'adaptabilité psychologique à l'épreuve du TDP ..... - 51 -
2.2.1. La personnalité et l'adaptation ..... - 51 -
2.2.2. Les processus cognitifs et l'adaptation ..... - 53 -

2.2.3. Les facteurs psychosociaux de l'adaptation au deuil ..... - 55 -
2.3. Les facteurs de risque et les conséquences sur la santé de l'endeuillé ..... - 57 -
2.3.1. Les facteurs de risque endogènes ..... - 57 -
2.3.1.1. Les constituants de la personnalité ..... - 58 -
2.3.1.2. Le style d'attachement avec la personne décédée ..... - 58 -
2.3.1.3. Les caractéristiques biologiques de l'endeuillé : le sexe et l'âge ..... - 59 -
2.3.2. Les facteurs de risques exogènes ..... - 61 -
2.3.2.1. Les circonstances et la nature de la perte ..... - 61 -
2.3.2.2. La personne défunte ..... - 62 -
2.3.3. Le développement de pathologies mentales et physiques liées au TDP lors de la faillite des fonctions adaptatives ..... - 63 -
2.3.3.1. TDP et SSPT ..... - 63 -
2.3.3.2. TDP et troubles dépressifs ..... - 64 -
2.3.3.3. TDP et risque suicidaire ..... - 65 -
2.3.3.4. TDP et troubles somatiques ..... - 65 -

CHAPITRE 3. LE TROUBLE DE DEUIL PERSISTANT A TRAVERS UNE APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE DE LA PERSONNE AGEE ..... - 67 -

3.1. La personne âgée ..... - 67 -
3.1.1. Définitions et descriptions de la population « âgée » ..... - 67 -
3.1.1.1. Vieillesse et vieillissement : Quelle définition ? ..... - 67 -
3.1.1.2. Les caractéristiques démographiques autour de la personne âgée ..... - 68 -
3.1.2. Comprendre la personne âgée ..... - 71 -
3.1.2.1. Point de vue biophysiologique ..... - 72 -
3.1.2.2. Point de vue cognitif ..... - 72 -
3.1.2.3. Point de vue psychosocial ..... - 74 -
3.1.2.4. Point de vue psychodynamique et psychopathologique ..... - 74 -
3.1.3. L'enjeu du deuil chez la personne âgée à travers la détresse psychologique ..... - 76 -
3.1.3.1. Les particularités du deuil chez la personne âgée ..... - 76 -
3.1.3.2. La dépression et le suicide la personne âgée ..... - 78 -
3.1.3.3. Dépression et démence chez la personne âgée ..... - 79 -
3.2. Le travail de deuil et ses avatars ..... - 80 -
3.2.1. Les théories traditionnalistes du travail de deuil ..... - 80 -
3.2.2. Les théories contemporaines du travail de deuil ..... - 81 -
3.2.3. La théorie des stades du travail de deuil : mythe ou réalité ? ..... - 82 -
3.3. La dynamique psychologique de la personne âgée et les processus psychiques à l'œuvre lors du deuil ..... - 84 -
3.3.1. La personnalité et le vieillissement ..... - 84 -
3.3.1.1. L'approche des traits ..... - 84 -
3.3.1.2. L'approche des stades du développement ..... - 86 -
3.3.1.3. L'approche interactionniste de la personnalité ..... - 87 -
3.3.2. Les mécanismes psychiques en jeu lors du deuil ..... - 88 -
3.3.2.1. Les mécanismes psychiques généraux en jeu lors du deuil ..... - 88 -
3.3.2.2. Le mécanisme psychique spécifique à la personne âgée lors du deuil : la réminiscence ..... - 90 -
3.3.2.3. Le traumatisme comme support de la répétition psychique ..... - 94 -
3.3.3. Reconstruire du sens lors du deuil ..... - 95 -
3.3.3.1. Le modèle de reconstruction du sens (Neimeyer, 2001) ..... - 95 -
3.3.3.2. Les hypothèses du processus de la reconstruction du sens ..... - 96 -

CHAPITRE 4. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS GENERAUX ..... - 99 -

PARTIE II : DE LA VALIDITE EMPIRIQUE CONCERNANT LE TROUBLE DU DEUIL PERSISTANT : ASPECTS QUANTITATIFS ET QUALITATIFS ..... - 101 -

CHAPITRE 5. LA VALIDATION D'UNE MESURE DU TDP (PRIGERSON ET COLL., 1995, 2000, 2004) ..... - 102 -

5.1. Les mesures du deuil ..... - 102 -
5.1.1. Des échelles psychiatriques ..... - 102 -
5.1.2. Mesures des réactions générales au deuil ..... - 103 -
5.1.2.1. Le Texas Revised Inventory of Grief (TRIG) ..... - 104 -
5.1.2.2. Le Grief Experience Inventory (GEI) ..... - 104 -
5.1.2.3. Le Grief Measurement Scale (GMS) ..... - 105 -
5.1.2.4. Le Core Bereavement Items (CBI) ..... - 105 -
5.1.2.5. D'autres mesures générales du deuil ..... - 106 -
5.1.3. Les mesures des situations spécifiques du deuil ..... - 106 -
5.1.3.1. Le Grief Experience Questionnaire (GEQ) ..... - 106 -
5.1.3.2. Les mesures du deuil relatives à la maternité ..... - 107 -
5.1.3.3. L'Anticipatory Grief Scale (AGS) ..... - 107 -
5.1.3.4. Beechem Unresolved Loss-Grief Addiction Inventory (BULGAI) ..... - 108 -
5.1.3.5. Inventory of Complicated Grief Revised (ICG-R) ou Inventory of Traumatic Grief (ITG) ..... - 108 -
5.1.3.6. Grief Cognitions Questionnaire (GCQ) ..... - 109 -
5.1.3.7. Bereavement Dependency Scale (BDS) ..... - 109 -
5.1.4. Les limites de l'opérationnalisation du deuil ..... - 110 -
5.1.4.1. Limites dans la validation factorielle (factorial validity) ..... - 110 -
5.1.4.2. La validité discriminante (discriminant validity) ..... - 110 -
5.1.4.3. La validité du contenu (content validity) ..... - 111 -
5.1.4.4. Une guide clinique pour l'utilisation de ces échelles ..... - 111 -
5.2. Validation de l'Inventaire de Deuil Compliqué-Révisé, version courte ..... - 112 -
5.2.1. Objectifs de l'étude 1 : Validation de l'Inventaire de Deuil Compliqué- Révisé, version courte (IDC-R) comme outil diagnostic du TDP ..... - 112 -
5.2.2. La méthode ..... - 115 -
5.2.2.1. Les participants ..... - 115 -
5.2.2.2. La procédure ..... - 116 -
5.2.2.3. Les outils de mesure ..... - 117 -
5.2.3. Les résultats ..... - 120 -
5.2.3.1. L'analyse corrélationnelle ..... - 120 -
5.2.3.2. La validité de l'Inventaire du Deuil Compliqué Révisé version abrégée ..... - 121 -
5.2.3.3. L'IDC-R : un outil diagnostic ..... - 128 -
5.3. Conclusions et discussion : vers un diagnostique du trouble de deuil persistant ..... - 130 -

CHAPITRE 6. TDP ET PERSONNALITE : TEST D'UN MODELE EXPLICATIF ..... - 133 -

6.1. Le modèle en pistes causales de la médiation totale entre personnalité et TDP à travers le sentiment de cohérence et les mécanismes de défense de type immature ..... - 135 -
6.1.1. La personnalité comme facteur explicatif fondamental du TDP ..... - 135 -
6.1.2. Les facteurs contextuels et factuels à l'œuvre dans la survenue d'un TDP ..... - 141 -
6.1.3. Les ressources psychologiques ..... - 142 -
6.1.4. La vulnérabilité à travers le style de mécanismes de défense immatures ..... - 146 -
6.2. Le modèle explicatif du TDP mis à l'épreuve des faits ..... - 147 -
6.2.1. Objectifs de l'étude 2 ..... - 147 -
6.2.2. Méthode ..... - 148 -
6.2.2.1. Les participants ..... - 148 -
6.2.2.2. La procédure ..... - 149 -
6.2.2.3. Les outils de mesure ..... - 150 -

6.2.3. Résultats ..... - 153 -
6.2.3.1. Statistiques descriptives ..... - 153 -
6.2.3.2. Analyse corrélationnelle ..... - 156 -
6.2.3.3. Analyse en pistes causales ..... - 158 -
6.2.3.4. Analyse discriminante (en annexe, Tableaux 2.7) ..... - 162 -
6.3. Conclusions et discussions : comprendre le deuil chez la personne âgée à travers les constituants de sa personnalité ..... - 163 -

CHAPITRE 7. DU RESSENTIR AU DIRE : APPROCHE QUALITATIVE DU TROUBLE DU DEUIL PERSISTANT CHEZ LA PERSONNE AGEE - 172 -

7.1. La méthodologie en recherche qualitative ..... - 172 -
7.1.1. Le cadre de référence des méthodes qualitatives en recherche pratique ..... - 172 -
7.1.2. Les différentes formes de méthodes qualitatives ..... - 172 -
7.1.3. Les caractéristiques de la méthodologie en recherche qualitative ..... - 173 -
7.2. Approche qualitative du trouble de deuil persistant ..... - 175 -
7.2.1. Objectif de l'étude 3 : caractéristiques qualitatives du TDP ..... - 175 -
7.2.2. Méthode ..... - 176 -
7.2.2.1. Les participants ..... - 176 -
7.2.2.2. La procédure ..... - 176 -
7.2.2.3. Les outils de mesure ..... - 178 -
7.2.2.4. L'Elaboration de la grille d'entretien de recherche ..... - 180 -
7.2.3. Résultats ..... - 188 -
7.2.3.1. Le profil de personnalité de chaque participant selon le MMPI-2 ..... - 188 -
7.2.3.2. L'étude de cas ..... - 204 -
7.3. Conclusions et discussions : quand les maux/mots viennent signifier le ressenti de la perte chez la personne âgée ..... - 208 -

CONCLUSIONS GENERALES ..... - 212 -

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ..... - 216 -

INTRODUCTION

Tout au long de sa vie, l'Homme fait l'expérience de séparations difficiles, de pertes, souvent douloureuses. Le deuil est cet événement de vie particulier qui vient signifier bien souvent la perte d'un être cher, la perte d'une sécurité, la perte d'une intimité, la perte d'un lien fort d'attachement et bien d'autres pertes symboliques encore. Il recouvre toute une multitude de possibles signifiants pour la personne qui l'éprouve. Ainsi, ce phénomène bouleverse différentes sphères de la dynamique psychologique, comportementale, émotionnelle et sociale de l'être humain. La souffrance profonde que peut engendrer la perte, les conséquences malheureuses qu'elle peut avoir sur la vie, plus particulièrement, sur la vie psychique de l'endeuillé, interrogent de nombreux champs théoriques, empiriques, épidémiologiques et thérapeutiques. Elle insuffle un intérêt pluridisciplinaire – intérêt, parfois, qui se heurte à la problématique d'en comprendre tout le sens et toutes les implications dans le développement de symptomatologies morbides, questionnant, par là-même, la pertinence de la prise en charge thérapeutique –.

Ces dernières décennies ont apprécié l'émergence d'avancées significatives quant à la connaissance du deuil, de ses différentes caractéristiques tant relatives à la personne endeuillée, à son vécu, au défunt qu'aux circonstances de la perte. Tout un ensemble de facteurs qui, par leur diversité, n'ont eu de cesse que de nourrir une volonté d'exhaustivité conceptuelle et empirique pour servir l'ultime tentative de son opérationnalisation. Bien sûr, comme tout construit, le deuil suscite le débat à travers la fronde des positions conceptuelles, théoriques et empiriques. Par ailleurs, parce qu'il existe un tel engouement scientifique, il est, dès lors, possible d'en apprécier toute évolution et la richesse des connaissances ainsi édifiées.

De cet élan, ce travail de thèse se propose de contribuer, modestement, à la dynamique de recherches entreprises à l'égard du deuil. Une première démarche consistera à réaliser un état des lieux des connaissances scientifiques actuelles à travers les particularités du deuil, les interrogations et les enjeux qu'il soulève pour la santé de tout individu enclin à cet évènement de vie singulier. Ce premier ensemble de constats permettra d'aboutir à la description d'une nouvelle terminologie psychopathologique qu'est le trouble du deuil persistant. Ce dernier est issu de travaux laborieux menés par Prigerson et ses

collaborateurs (1995, 2001, 2004, 2008, 2009) durant presque quinze ans. La persévérance dans ses études a mené ce chercheur vers une proposition, construite et pertinente, d'un tableau clinique, d'un système et d'un outil diagnostic afin de porter ce trouble au rang des pathologies mentales dont la légitimité au sein du futur DSM semble nécessaire. S'il existe une telle position dans la communauté scientifique anglo-saxonne, nous ne pouvons qu'en déduire toute l'urgence qui s'impose quant à l'adaptation et à la validation robuste d'une version française de l'outil servant à diagnostiquer le trouble du deuil persistant. La mesure psychométrique de ce trouble fera, ainsi, l'objet d'une première étude de ce travail de recherche.

Par ailleurs, définir et opérationnaliser le deuil est une chose, en comprendre l'ébranlement qu'il engage vis-à-vis de l'équilibre psychologique de l'endeuillé en est une autre. Emerge, alors, un questionnement fondamental qui anime le débat empirique en psychopathologie du deuil, à savoir, pour quelles raisons certaines personnes réussissent à faire face à cet événement de vie douloureux et à trouver les ressources psychologiques nécessaires pour le surmonter, et, pourquoi d'autres sombrent dans une persistance symptomatologique ? La question du potentiel d'adaptabilité psychologique de l'endeuillé prend alors tout son sens. Qu'il s'agisse de la dynamique psychologique propre à la personne encline au deuil, à travers, notamment, les constituants de sa personnalité, de son émotion et de sa cognition, ou, encore, des ressources dont elle dispose et perçoit au sein de son environnement, l'enjeu est de saisir toute l'importance des imbrications existantes au service ou en défaveur de l'adaptation psychologique chez l'endeuillé.

Dans une perspective paradigmatique, tout un ensemble de travaux ont servi à l'élaboration de modèles théoriques complexes pour fournir des explications quant au deuil et à ses issues concernant la santé tant mentale que physique de l'endeuillé. En revanche, aucun n'a été mis à l'épreuve des faits pour asseoir leur pertinence, et, pour cause, en est leur complexité. La plus grande des difficultés tient au fait de les saisir pleinement afin qu'émergent de nouvelles propositions. Dans cette perspective, la seconde étude de cette recherche s'orientera vers l'épreuve d'un modèle explicatif du trouble du deuil persistant, à la lumière d'une importante argumentation théorique qui soutiendra le rôle pivot de la personnalité dans les issues possibles du deuil.

Nous n'adopterions pas une démarche scientifique complète si notre intérêt ne se portait pas sur les mécanismes psychodynamiques propres au travail de deuil et aux

processus particuliers qu'il nécessite pour permettre de retrouver cet équilibre psychique, dès lors ébranlé par l'évènement de vie qu'est la perte d'un être cher. Et, ce, d'autant plus, lorsque nous considérons une population bien particulière qu'est la population des personnes âgées. Ce choix prend racine de préoccupations futures quant à l'évolution du vieillissement en France mais également en Europe, et, même, dans le monde entier. Pour exemple, en France, dans les prochaines décennies, on estime qu'un quart de la population générale atteindra l'âge de 65 ans et plus. Dans ce contexte, où l'allongement de l'espérance de vie ne fait qu'accentuer le questionnement relatif à l'évolution des besoins de la population en terme de santé publique, la recherche sur le vieillissement devient une urgence.

Parmi les problèmes majeurs de la psychogérontologie, les réactions au deuil chez la personne âgée, soumise bien souvent à des pertes répétées, poussent à s'interroger sur les enjeux de sa santé mentale. Outre la perte de capacités fonctionnelles et l'épuisement résultant de diverses origines, la dynamique psychologique peut être fragilisée par des traumatismes, constituants potentiels d'une psychopathologie. Le deuil peut ainsi nuire gravement aux processus adaptatifs qui sont au service de la personne face à cette adversité de la vie. Les particularités dynamiques de la psychologie concernant la personne âgée et son potentiel adaptatif nous amènent à investir le champ de la compréhension du deuil au sein de cette population, souvent, en prise à la vulnérabilité. La troisième et dernière étude de cette recherche tentera, à travers une étude de cas, de saisir, en partie, l'essence même du trouble du deuil persistant tel qu'il est vécu et mis en mots/maux par, à travers et autour de la personne âgée.

Ce travail de thèse, d'obédience différentielle et clinique, usera de méthodes tant quantitatives que qualitatives pour servir, humblement, la prévention des complications au deuil en terme de santé mentale, et, plus largement, en terme de santé publique.

S'inscrivant dans une double approche différentielle et clinique, cette thèse se servira des méthodes aussi bien quantitatives que qualitatives. Car la douleur humaine n'est guère réductible aux chiffres.

Partie I

De la théorie du deuil

Chapitre 1. Les définitions du deuil : ses concepts et ses systèmes diagnostiques

Le deuil, quel est ce concept qui recouvre toute une constellation de possibles en psychologie et en psychopathologie ? Pour répondre à cette simple question et non des moindres, nous tenterons, dans ce chapitre, d'apporter un éclairage sur les explications qui lui sont données tant du point de vue étymologique, linguistique que théorique. L'enjeu est de saisir son sens, les éléments qui le déterminent, et, d'apprécier, dans une autre mesure, les complications qu'il peut engendrer en terme de santé, et, plus particulièrement, en terme de santé mentale. Après ces quelques réflexions définitoires et nomothétiques, nous espérons pouvoir davantage préciser un concept particulier du deuil qu'est le trouble du deuil persistant comme trouble singulier dont le potentiel pathogène laisse présager de nouveaux défis à relever quant à la détection et à la prise en charge de patients endeuillés enclins à une intense souffrance.

1.1. Les Définitions du deuil

Définir le deuil est une entreprise laborieuse. Sous ce seul et même terme, en français, il existe tout un ensemble de définitions qui viennent s'enrichir à la lumière des considérations plurilinguales. De plus, selon le courant théorique considéré, l'approche du deuil s'en trouve multipliée et diversifiée. Il importe ainsi d'essayer de réaliser des passerelles théoriques pour tenter de rendre compte de toute sa complexité, et, donc pour tenter de définir les contours d'un deuil « normal » et d'un deuil « pathologique ».

1.1.1. Les définitions et les terminologies du deuil dans les recherches francophones

Le mot « deuil » tient sa racine étymologique du latin *dolus* signifiant la douleur et par extension verbale *dolore*, signifiant « souffrir ». Ainsi, dans la langue française, le mot « deuil » signifie communément « l'affliction, la douleur que cause la perte d'une personne chère ; l'ensemble des marques et des signes extérieurs d'affliction prescrits par l'usage à l'occasion de la mort d'un proche ; la grande tristesse et l'abattement que provoque un évènement funeste ; la résignation à la perte, le regret ou le renoncement » (dictionnaire de

En psychanalyse, le deuil est « la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal, etc. […]. Le deuil remplit une tâche psychique bien précise : il a la fonction de détacher du mort les souvenirs et les espoirs des survivants » (Freud, 1915). En d'autres termes, le deuil est un processus psychique devant permettre la reconnaissance de la disparition d'un objet externe afin que la libido se détache des souvenirs et des attentes qui la relie à l'objet disparu pour que le moi redevienne « libre ». Par ailleurs, en psychiatrie, se référant au DSM-IV, le deuil renverrait davantage à l'expression d'une symptomatologie ; d'une maladie mentale (« caractéristique d'un état dépressif majeur »). Ces deux courants disciplinaires que sont la psychanalyse (ou la psychologie) et la psychiatrie ne s'affrontent pas, ils se complètent car, en matière de santé mentale, nous ne pouvons faire l'abstraction d'une complémentarité pluridisciplinaire.

D'un point de vue paradigmatique, en psychologie, force est de constater que le deuil renvoie essentiellement à la mort d'un être aimé – bien qu'il existe d'autres pertes possibles dues aux contingences de toute existence –. Notre travail s'attachera dès lors à ne retenir que ce type de perte.

1.1.2. Les définitions et les terminologies du deuil dans les recherches anglo-saxonnes

La langue anglaise comporte un vocable plus riche permettant davantage de différencier les notions que recouvre le deuil, aussi, existe-t-il trois termes bien distincts (mais souvent interchangeables dans la littérature scientifique) renvoyant à notre terme unique du « deuil » :

- *Bereavement* traduit la perte elle-même (la perte effective) ;
- *Grief* traduit la peine, le chagrin, la douleur (tous les affects qui adviennent suite à la perte) ;
- *Mourning* renvoie au processus du deuil, aux réactions psychologiques et/ou comportementales qui suivent la perte (en ce sens il s'inscrit dans un contexte social et culturel dans lequel le comportement des endeuillés s'exprime).

Le deuil (i.e. *bereavement*) est ainsi définit comme un processus psychologique normal de la réaction, à la fois interne et externe, induite par la perception de la perte (i.e. *grief*). Ces réactions à la perte (qu'elles soient d'ordre psychologique, comportementale, sociale ou physique) sont étroitement liées à l'identité de la personne (i.e. *mourning*).

Les recherches anglo-saxonnes s'appuient essentiellement sur la classification des troubles psychiatriques qu'est DSM-IV. Cette démarche émerge d'une véritable nécessité de définir et de décrire, de manière plus fine, le deuil et ses expressions psychopathologiques possibles selon un certains nombres d'éléments constitutifs de la personne endeuillée mais également des circonstances du deuil. Cependant, en plus de considérer l'apport traditionaliste, elles soulignent l'importance, que nous trouvons guère ou peu dans les recherches francophones, des notions de « stresseur » (*stressor*) et de troubles causés par un stress post-traumatique (*PTSD, PostTraumatic Stress Disorder*) – complétant ainsi l'approche du deuil par un apport cognitiviste – . Il existe ainsi une tentative de positionner l'étude du deuil au carrefour de multiples champs disciplinaires de la psychologie et de la psychopathologie. L'objet de ces distinctions soulignées entre recherches francophones et recherches anglo-saxonnes, en matière de deuil, n'est nullement le procès d'une position par rapport à l'autre mais l'humilité de comprendre ce qu'est le deuil, quelle(s) définition(s) lui donner à la lumière des recherches scientifiques internationales menées à ce sujet. Il semble que ce point soit crucial car de là découleront toutes les théories et les mesures qui permettront de comprendre ce concept ainsi que l'établissement de connaissances solides et non spéculatives.

« Définir » est une entreprise bien laborieuse lorsque nous nous attachons à appréhender un élément constitutionnel de la psychologie humaine. Il est important d'en percevoir les limites définitoires pour construire un savoir pertinent. Quelque soit la définition, il en est encore plus vrai du deuil et de ses mécanismes, elle n'est que réductive ; n'est que provisoire car elle n'est que repère qui connaît des limites.

1.1.3. Les limites des définitions et les problèmes de consensus concernant le deuil

Le deuil, selon les classifications internationales (DSM- IV et CIM-10), est un phénomène normal et souvent douloureux. Les personnes endeuillées peuvent rencontrer des difficultés à surmonter la perte, ce qui les amène, quelque fois, à demander une aide auprès de spécialistes. Cependant, même avec l'approche d'un diagnostic différentiel, il

1.1.3.1. Les limites de la classification américaine des maladies mentales

Revenons à la classification du DSM-IV (1994). Dans cette « bible » des troubles mentaux, au chapitre « Autres conditions pouvant faire l'objet d'une attention clinique », à la rubrique très succincte [V6.82] : Deuil (*bereavement*), nous pouvons y apprécier les caractéristiques psychiatriques de ce trouble comme étant « la réaction à la mort d'un être aimé. Comme partie de la perte, quelques individus en deuil présentent des symptômes caractéristiques de l'Etat Dépressif Majeur (EDM) (par exemple : un sentiment de tristesse, et des symptômes associés tels que insomnie, baisse d'appétit, une perte de poids). Typiquement, l'individu en deuil considère son humeur comme « normale » bien qu'il puisse rechercher l'aide d'un professionnel pour soulager les symptômes associés tels qu'une insomnie ou une anorexie. La durée et l'expression d'un deuil « normal » varient considérablement parmi les différents groupes culturels. Le diagnostic d'épisode dépressif majeur n'est généralement pas posé, à moins que les symptômes soient encore présents deux mois après la perte. Cependant, la présence de certains symptômes non caractéristiques d'une réaction « normale » de chagrin peut aider à différencier le deuil d'un Episode Dépressif Majeur (EDM). Ceux-ci comprennent :

1) Une culpabilité à propos des choses autres que les actes entrepris ou non entrepris par le survivant à l'époque du décès,
2) Des idées de mort chez le survivant ne correspondant pas au souhait d'être mort avec la personne décédée,
3) Un sentiment morbide de dévalorisation,
4) Un ralentissement psychomoteur marqué,
5) Une altération profonde et prolongée du fonctionnement,
6) Des hallucinations autres que celles d'entendre la voix ou de voir transitoirement l'image du défunt. » (DSM-IV, p. 799-800).

Plusieurs remarques peuvent être apportées à la description d'un deuil « non-compliqué ». Tout d'abord, ce « trouble » est défini en terme de ce qu'il n'est pas plutôt qu'en terme de tout ce qu'il pourrait recouvrir. Il est décrit comme pouvant prendre la

forme d'un état dépressif majeur, tout en s'y différenciant si certains symptômes « *non caractéristiques d'une réaction normale de chagrin* » persistent « *au-delà de deux mois* ». Nous sommes ici face à certaines ambiguïtés qui posent questions : comment pouvons-nous juger d'un deuil « normal » alors que sa définition consensuelle n'existe pas ? Comment pouvons-nous le différencier d'un EDM « *au-delà de deux mois* » si, d'une part, il n'existe pas de consensus sur la durée d'un deuil « normal », et, d'autre part, si les expressions d'un deuil normal recouvrent, en majeure partie et souvent, les symptômes d'un EDM, entre autres ?

Il existe bon nombre de failles définitoires concernant le deuil « normal », d'autant qu'il est décrit en comparaison avec d'autres troubles mentaux, donc déjà en lien avec une connotation pathologique. Certes, le deuil, quel qu'il soit, est un évènement de vie bien singulier, mais pourquoi le rattacher sans cesse à des perceptions pessimistes ?

1.1.3.2. Les limites de la Classification Internationale des maladies mentales

La CIM-10 de l'OMS, quant à elle, spécifie le deuil (chapitre V (F)), relayé à l'index sous la rubrique « Troubles de l'adaptation » (F43.2, p. 133-134). Il n'existe pas de catégorie spéciale pour le deuil mais nous pouvons y trouver des éléments de compréhension dans les « *états de détresse et de perturbation émotionnelle* », « entravant habituellement les performances et le fonctionnement social, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou à un évènement stressant. […] Le trouble débute habituellement dans le mois qui suit la survenue d'un évènement stressant […] et ne persiste guère au-delà de six mois… ». D'autres compléments de définitions nous sont donnés au code Z (chap.XXI) de cette classification, comme par exemple : Z63.4 (« disparition ou mort d'un membre de la famille »). « Les réactions de deuil, brèves ou prolongées, considérées comme pathologiques en raison de leur expression ou de leur contenu, doivent être notées en F43.22 (*réaction, mixte anxieuse ou dépressive*) ; F43.23 (*avec prédominance de la perturbation d'autres émotions […] : anxiété, dépression, soucis, tension, colère […] ou comportements régressifs*, par exemple : énurésie ou sucer son pouce) ; F43.24 (*perturbation des conduites*, par exemple : comportement agressif ou « dyssocial » chez un adolescent, à la suite d'un chagrin) ; F43.25 (*perturbation mixte des émotions et des conduites*) ; lorsqu'il existe une permanence au-delà de six mois, il faut se rendre à la rubrique F43.21 (*réaction dépressive prolongée*) » (p. 133-135, CIM-10, 1993).

Notons que la CIM-10 est, pour la France, la classification réglementaire et obligatoire ordonnée pour les établissements publics par le Ministère de la Santé (depuis 1993).

Quasiment, les mêmes remarques peuvent être apportées à la CIM-10 que précédemment. Toutefois, il faut être attentif à un élément important qui apparaît dans cette classification, à savoir, l'évocation d'un « évènement stressant » pouvant engendrer le deuil (ou plutôt *états de détresse et de perturbation émotionnelle*). Le caractère de « stresseur » complète davantage notre appréhension du deuil. Ici aussi, il existe une définition vague de ce que peut exprimer un état de deuil car les éléments de définition sont pour le moins « décousus ».

Qu'il s'agisse du DSM-IV ou de la CIM-10, il n'existe aucune définition claire et exhaustive du deuil et de ses propres expressions « psychologiques ». L'un des points faibles, pour le cas particulier du deuil comme pour tout autre trouble mental, il nous semble fondamental, est que ces classifications n'apportent aucune réflexion sémiologique sur les troubles mentaux, réduisant la psychopathologie à des listes de symptômes.

1.1.3.3. Le deuil peut-il être une pathologie mentale ?

Comme le soulignent Stroebe et ses collègues (2000), il existe quatre aspects discutés concernant le statut du deuil pathologique comme maladie mentale :

- La définition de deuil pathologique ;
- La diversité au sein de la conceptualisation ;
- Les problèmes rencontrés afin de distinguer le deuil « normal » de celui « pathologique » ;
- La relation complexe avec des troubles apparentés.

Ces considérations ne sont pas sans bouleverser les préoccupations concernant le diagnostic du « deuil pathologique ». Pour ces chercheurs, le « deuil pathologique » recouvre un système diagnostique (entre anxiété/dépression/ajustement/troubles relatifs au stress). Le « deuil compliqué » possède davantage un potentiel « pathologisant » pour la personne endeuillée. Récemment, Boelen et van den Bout (2007) ont réalisé une recherche visant à distinguer les deux construits que sont le « deuil non-compliqué » et le « deuil compliqué ». Ainsi, ils ont pu asseoir empiriquement cette distinction et argumenter en faveur du deuil compliqué comme trouble mental.

Aux préoccupations définitoires, s'amorcent des préoccupations théoriques et empiriques pour savoir combien de deuils différents existent, et, comment les distinguer les uns des autres. L'articulation entre les différents types de deuils ne prendrait-elle pas racines selon les concepts même du deuil ? En effet, comme nous l'avons souligné, le deuil est consécutif à une perte significative d'un être cher. Le vécu qui le caractérise peut recouvrir des accents traumatiques, entrainant l'endeuillé dans les méandres d'un effondrement dépressif. Essayons, dès à présent, de mettre en lumière ces concepts du deuil qui participent davantage à sa compréhension.

1.2. Les concepts du deuil

Perte, traumatisme, syndrome de stress post-traumatique et épisode dépressif majeur tels sont les concepts qui rythment l'essence même du deuil et de ses évolutions psychodynamiques possibles. Attelons-nous à les décrire afin d'apporter davantage d'éléments de réflexions au concept même du deuil.

1.2.1. La notion de perte

La perte renvoie au fait d'être privé d'un proche par la mort, dommage éprouvé du fait de cette disparition. La perte recouvre toute une constellation de phénomènes psychologiques rappelant l'absence de l'être aimé. Freud[1] (1961), dans des échanges épistolaires, évoquait la notion de perte ainsi :

> « Bien que nous sachions qu'après une telle perte l'aspect aigu du travail de deuil va s'apaiser, nous savons également que nous allons demeurer inconsolables et que nous ne pourrons jamais trouver de substitut à la personne perdue. Quoi qui puisse remplir le vide produit, si tant est qu'il puisse être rempli complètement, de toute manière ce ne sera jamais qu'autre chose… Et, de fait, c'est ainsi que cela doit être. Car c'est la seule manière de perpétuer cet amour auquel nous ne voulons pas renoncer »

[1] Dans une lettre à Ludwig Binswanger qui avait perdu son fils.

La perte d'un être cher signifie beaucoup d'écueils pour le survivant comme, par exemple, la perte d'un partenaire, la perte d'une présence et de sa tendresse, la perte d'un interlocuteur, la perte de protection, la perte parfois de revenus, de projets, d'espérance, la perte de la confiance en soi, etc. Le bouleversement psychologique causé par la perte induit diverses caractéristiques émotionnelles comme l'angoisse de séparation, la culpabilité, la colère, le désespoir, l'anxiété. Plus particulièrement, chez la personne âgée qui connaît souvent des pertes fonctionnelles, la perte du conjoint, par exemple, s'associe à une perte de partenaire sexuel, de sécurité, de tendresse, des pertes sociales, marquées par l'isolement et la solitude. Cependant, suivant la nature de la perte et de ses circonstances, la personne ne vit pas l'absence de la même manière (Bonanno & Kaltman, 2003). La perception des circonstances de la mort, couplée à une non-préparation de cette dernière, favoriserait, dès lors, le développement de maladies psychiatriques (Prigerson et *al.*, 2002). De plus, les réactions à la perte varient d'un individu à l'autre selon sa structure de personnalité et selon les types d'interactions qu'il entretenait avec la personne perdue (Bowlby, 1984). La perte a, dans ses aspects les plus sensibles, un pouvoir traumatique qui vient parfois frapper de son sceau l'endeuillé.

1.2.2. La notion de Trauma

Le terme « traumatisme » vient du grec *trauma* qui signifie « blessure », et, dérive d'un autre terme, proche en grec, signifiant « percer ». Ainsi, le traumatisme désigne « une blessure avec effraction » (dictionnaire de l'Académie Française, 9ème édition). Il implique un choc violent qui peut être corporel et/ou psychique. Dans le vocabulaire de la psychanalyse de Laplanche et Pontalis (1967), on peut apprécier le *trauma* comme étant :

> « Un événement de vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En terme économique, le trauma se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtrise et d'élaborer psychiquement ces excitations ».

Face au traumatisme, réalité interne et réalité externe du sujet y ont toute leur importance. La réalité interne renvoie au vécu subjectif traumatique du sujet, et, la réalité externe à la nature même du traumatisme et à son impact particulièrement violent chez ce dernier. Le danger de mort spécifie le traumatisme. L'évolution du caractère traumatique d'un événement s'apprécie à travers des facteurs liés à l'environnement lui-même, tels que la proximité et l'imprévisibilité ainsi que la violence de la menace (Bonanno & Kaltman, 2003), sa durée et son intensité, le degré d'ambiguïté de la source et de l'issue, et également, des facteurs psychologiques (les ressources psychologiques de l'individu, l'intensité de son angoisse, son seuil de tolérance à la menace et à la douleur, ses expériences antérieures d'exposition au danger et la confiance qu'il a de ses propres capacités à modifier l'environnement de manière à l'adapter à ses fins). Des troubles peuvent apparaître aussitôt après le *trauma* ou de manière différée, de quelques jours à quelques années, en évoluant parfois tout au long de la vie.

Des travaux cliniques rallient la notion de traumatisme à celle de stress. Prigerson et ses collaborateurs (1997) se penchent sur les effets d'une peine traumatique dans le développement d'une future morbidité. Ces auteurs concluent que ce traumatisme émotionnel peut être un facteur de risque favorisant la survenue de différents types d'atteintes sur la santé tant physique que psychique. De plus, la perception d'une mort violente par l'endeuillé peut favoriser l'émergence d'un épisode dépressif majeur (Barry et *al.*, 2002). Dans ce contexte, l'impact du deuil peut être à la fois observé à différents niveaux biophysiques et psychosociales (Neimeyer, 2002). Cependant, un traumatisme facilite également le développement d' « une version plus résistante de Soi » (Bandura, 1983 ; Bonanno, 2004 ; Dowrick's, 1977 ; Greenberg et *al.*, 1996 ; Markus & Nurius, 1986). Dans une autre acceptation, nous pouvons parfois allier la perte à un traumatisme et, aussi la perte comme un « stresseur » où les frontières entre les différentes expressions « symptomatologiques » deviennent alors bien incertaines.

1.2.3. Le syndrome de stress post-traumatique

Dans un contexte de stress d'une extrême amplitude, certains sujets sont enclins à des troubles de stress post-traumatique (*PostTraumatique Stress Disorders ou PTSD*). Ces troubles s'expriment, entre autre, à travers un engourdissement psychique, une vigilance excessive, des troubles du sommeil et un sentiment de culpabilité. Ces troubles sont

d'autant plus ressentis par l'endeuillé lorsque la perte survient dans un contexte jugé traumatique (Boals & Schuettler, 2009). Comme le soulignent Floyd et ses collaborateurs (2002) concernant la survenue de *PTSD* chez le sujet âgé, le fait que la personne ait été exposée au traumatisme tout au long de sa vie favorise, à un âge avancé, la survenue de *PTSD*. D'un point de vue psychodynamique, ces personnes favoriseraient un style de *coping* de l'ordre de la répression plutôt que de la distraction. Leur vulnérabilité serait d'autant exacerbée. Elles connaîtraient une diminution considérable de leur support social, alors facteur modérateur de ces troubles lorsqu'il est présent. Les patients âgés, développant des formes de *PTSD,* présenteraient des difficultés à contrôler leur rumination autour du traumatisme subi, générant ainsi davantage de stress. D'une manière générale, lors d'un deuil particulièrement traumatique, les pensées intrusives et les images relatives au décès ainsi que des efforts infructueux d'éviter ces dernières deviennent des symptômes importants et similaires aux expériences intrusives du trauma, caractéristiques des *PTSD* (Davidson et *al.*, 2004 ; Glass, 2005).

Perte, trauma et stress mettent à rude épreuve nos processus psychologiques lors du deuil. Pour surmonter le deuil d'une perte significative, perte parfois traumatisante et élément stresseur, nous disposons d'un ensemble de mécanismes psychologiques qui nous permettront de rendre acceptable cette perte intolérable. Par ailleurs, lorsqu'il existe des failles au sein de notre appareil psychique, ce dernier est en proie à un effondrement dépressif.

1.2.4. L'épisode dépressif majeur

Freud, Clayton et bien d'autres théoriciens n'ont eu de cesse de comprendre la dépression tour à tour selon le type de personnalité que présentait l'endeuillé. D'autres, comme Bowlby, la révèle plutôt comme un mécanisme d'effondrement psychique dû à la perte du lien d'attachement d'avec le défunt et d'avec le monde extérieur. Ainsi, Bowlby écrit à propos de la dépression :

> « Tant qu'il existe des échanges actifs entre nous-mêmes et le monde extérieur, que ce soit par la pensée ou par l'action, notre vécu subjectif n'est pas celui de la dépression : l'espoir, la peur, la colère, la satisfaction, la frustration ou n'importe quelle combinaison de ceux-ci, peuvent être ressenties. C'est quand

[2]

La littérature scientifique foisonne d'études concernant le lien qu'entretiennent le deuil et la dépression jusqu'à jeter le trouble sur leur distinction. La situation de perte est une expérience d'une telle douleur qu'elle possède d'étroits liens avec la dépression chronique (Bonanno & Kaltman, 1999). Lors d'un deuil, environ 40% des personnes endeuillées répondent aux critères d'une dépression majeure dans le mois suivant le décès. Au bout d'une année, la proportion est de 15% et, à 2 ans, d'environ 7% (Hensley, 2006). De plus, des études ont mis en avant qu'à maintes reprises l'expérience de deuil conduit à la dépression chronique chez environ 10-15% de la population. Zisook et Shuchter (1991) ont mis en avant que 24% des sujets endeuillés présentaient tous les critères d'un épisode dépressif majeur épisode à 2 mois, 23% à 7 mois et 16% à 13 mois. Zisook et ses collaborateurs (1994b) estiment que, à 25 mois, environ 7% des personnes endeuillées présentent encore une symptomatologie propre à une dépression majeure. Une multitude d'études ont démontré cette coexistence du deuil et de la dépression, et, plus particulièrement, d'un épisode dépressif majeur dans un contexte de complications au deuil – tout en soulignant l'existence d'une symptomatologie bien distincte (Boelen, Van den Bout & Keijser, 2003 ; Boelen & Van Den Bout, 2005 ; Bonanno, Neria, Mancini, Coifman, et *al.*, 2007 ; Prigerson, Bierhals, Kasl, Reynolds, et *al.*,1997 ; Prigerson, Jacobs, Beery, Kasl & van Doorn, 1998) – . Par ailleurs, une étude récente de Karam, Tabet, Alam et leurs collaborateurs (2009) a mis en exergue qu'une dépression liée à un deuil était bien distincte d'une dépression, propre dans sa symptomatologie, qualifiée d'épisode dépressif majeur. Cependant, le deuil peut être l'élément déclencheur d'un dysfonctionnement psychologique latent provoquant ainsi cet épisode dépressif majeur.

A la lumière des concepts liés au deuil, nous pouvons entrevoir non pas l'existence d'un deuil mais d'une multitude de deuil. Quels sont-ils ? Comment les distinguer ? Quelles particularités psychologiques et psychopathologiques recouvrent-ils ?

[2] Bowlby (1984). *Attachement et perte : la perte*, p. 318.

1.3. Les différents types de deuils

Il est maintenant bien connu qu'il n'existe pas un deuil mais des deuils qui se déclinent autant de fois, dans leurs expressions, qu'il existe de personnes l'éprouvant. Tous ces deuils ont donné lieu à une classification, *a priori*, exhaustive mais qui demeure, cependant, mouvante et évolutive.

Selon Bourgeois (1996), il existerait trois formes fondamentales du deuil :

- Le deuil normal s'élabore relativement vite selon trois phases (1) Phase de détresse, de dépression et d'adaptation ; 2) grâce aux processus de désinvestissement, d'intériorisation et d'identification à l'objet perdu, de culpabilité ; 3) puis de détachement, d'acceptation et de réinvestissement de la réalité)
- Le deuil compliqué ou traumatique se caractérise par un blocage du travail de deuil avec une prolongation de la phase dépressive, par des réactions de stress et par des passages à l'acte suicidaire particulièrement fréquents.
- Le deuil pathologique ou psychiatrique provoque essentiellement la survenue d'une maladie mentale. Ses critères sont :
    a) un retard dans l'apparition de l'affliction,
    b) une prolongation de son évolution au-delà de deux ans,
    c) une menace réelle sur la santé psychique.

Hanus (2006) étaie cette catégorisation de deuil par une quatrième forme :

- Le deuil difficile connaît également le cheminement des trois phases postulées dans le deuil « normal » mais se différencie par sa difficulté d'élaboration et par sa temporalité plus longue du fait de facteurs tels que l'état de la personne décédée et celui du survivant ainsi que les circonstances de la mort (autant dans sa survenue que dans les conséquences qui en découlent).

1.3.1. Le deuil « normal »

Après plus d'un siècle de description relative aux processus psychiques du deuil, un consensus permet de dégager trois phases essentielles et « normales » du deuil :

- Une **phase d'impact/de choc** ou d'hébétude (Clayton, 1973), apparentée à une période de choc. Bowlby (1978, 1984) la scinde en deux sous-étapes :
    a) obnubilation et incrédulité,
    b) affects de manque et de nostalgie, sentiment d'alanguissement, protestation, colère, etc.
- Une **phase de dépression et de repli** qui semble être marquée par une désorganisation psychologique importante. On l'apprécie à travers :
    - Un état émotionnel intense (pleurs, culpabilité, honte, troubles du comportement, sentiment de vide…).
    - Un retrait social (incapacité à maintenir un lien social dans les relations professionnelles qu'interpersonnelles).
    - Une identification au défunt.
- Une **phase de récupération** ou période de résolution durant laquelle s'élabore l'acceptation de la perte (acceptation cognitive, émotionnelle amenant le sujet à remanier son identité puisque la perte de la personne chère l'a transformée), afin de permettre un retour au bien-être et d'avoir la possibilité de se souvenir du défunt sans douleur subjective.

Ces diverses étapes ont chacune leur importance. Certains endeuillés peuvent rester « bloqués » à la seconde phase, entraînant des complications d'ordre psychopathologique. Ces trois étapes ne s'effectuent pas sans le concours de processus psychiques bien particuliers.

Plusieurs phénomènes psychologiques peuvent faire obstacle au travail de deuil (comme par exemple certains mécanismes de défenses tels que le déni, l'identification, le refoulement, les circonstances de la perte, le type d'attachement au défunt, etc.). Des troubles psychopathologiques du deuil peuvent alors surgir, mettant en danger la santé psychologique de la personne endeuillée.

1.3.2. Le deuil difficile

Hanus (2006) introduit une nouvelle spécificité du deuil : sa difficulté. Elle est à comprendre, selon l'auteur, comme étant proche du deuil normal mais qui s'en diffère par l'intensité des affects engendrés et par l'extrême difficulté à surmonter une perte violente (qu'il s'agisse de la perte d'un enfant (le deuil le plus difficile), les circonstances de décès : accident, maladie, etc.) ou traumatisante. Toutes les phases normales du deuil se trouvent, dans ce cas de figure, prolongées, notamment, la souffrance et la dépression qu'engendre la perte. L'auteur apporte la conclusion que « si tous les deuils difficiles ne se compliquent pas et ne deviennent pas pathologiques, ils sont cependant plus en risque de le faire » (Hanus, 2006, p. 353).

1.3.3. Le deuil pathologique ou psychiatrique

Il pose problème aux chercheurs car son opérationnalisation interroge. Il peut y avoir deuil psychiatrique selon deux cas de figures :

1) le sujet présente des antécédents psychiatriques, personnels et familiaux ; le deuil est un événement déclenchant la pathologie,
2) la pathologie résulte des premières manifestations induites par le deuil. Ainsi, la psychiatrie dégage comme symptomatique : l'accès brutal de dysphorie, une quête, une protestation, une humeur anxieuse, une humeur dépressive, des symptômes végétatifs, des symptômes non spécifiques (symptômes somatiques, comportements sans but), un évitement et un sentiment d'intrusion. Les symptômes reflètent une détresse de séparation, un processus de deuil difficile et une détresse traumatique bien particulière.

La psychiatrie, dans ce domaine, se veut surtout descriptive d'un tableau clinique, vaste catalogue de troubles mentaux et comportementaux. Cependant, dans ce descriptif, il y a comme un rapprochement effectué avec les complications dues au deuil. Cependant, Hanus (1994) souligne que « presque toutes les affections mentales peuvent se rencontrer comme manifestation du deuil pathologique chez des personnes qui n'avaient pas présenté des troubles mentaux évidents jusque-là. La forme psychiatrique que revêt le deuil pathologique découle de la structure des personnalités que la survenue du deuil vient mettre en difficulté ».

Ainsi, distingue-t-il :

- ***Le deuil hystérique*** se caractérise par une chronicité, par la grande fréquence et l'importance des comportements autodestructeurs (tentatives de suicide afin de « rejoindre » le défunt ou comportements suicidaires), des idées morbides et, enfin, par une identification pathologique au défunt (Hanus, 1994).
- ***Le deuil obsessionnel*** recouvre, quant à lui, une dynamique psychique de nature ambivalente. Il s'exprime à travers un ressenti d'abandon agressif attisant une intense angoisse. Dans ce contexte, la mort apparaîtrait comme étant la seule solution pour échapper à cette angoisse (Bacqué & Hanus, 2003).
- ***Le deuil maniaque*** se rencontre chez un endeuillé qui révèle des mécanismes psychiques de déni enkystés et une humeur exaltée : la joie remplace la tristesse et l'excitation remplace le désespoir (Hanus, 1994). Cette phase maniaque est relativement brève et s'inverse en phase mélancolique.
- ***Le deuil mélancolique (DM)*** est une expression délirante de dépression du deuil. Le deuil mélancolique revêt des caractères d'autodépréciation du moi, accompagnés d'une culpabilité et de dévalorisation exacerbée. Les idées suicidaires sont très présentes, et, le passage à l'acte tout autant (Freud, 1915, 1923).
- ***Le deuil psychotique délirant***, forme rare du deuil psychiatrique, s'exprime souvent par un délire paranoïaque prononcé. Tantôt le deuil semble amorcer la maladie, tantôt elle est révélateur d'un état mental qui évolue (Hanus, 1994).

Bergeret (1996) souligne que l'astructuration de la personnalité se caractérise par la lutte contre la dépression. L'auteur précise que l'angoisse de dépression, typique de l'organisation limite, exprime la crainte de perdre son objet anaclitique. Il s'agit donc d'une angoisse de perte d'objet ayant un pouvoir dépressif. Le travail de deuil paraît, dans ce contexte structural de la personnalité, impossible.

Pour Stroebe et ses collaborateurs (2000), le deuil pathologique, selon ses expressions relatives à la culture et au contexte social, est à concevoir à travers :

1. Un noyau symptomatologique qui diffère dans ses aspects qualitatifs et/ou quantitatifs de la « normalité »,
2. Une durée (« *too long* »),
3. Une intensité (qui révèle un caractère intolérable),
4. Des processus de deuil particuliers,
5. Une symptomatologie différentielle,
6. Un dysfonctionnement (l'équilibre mental étant ainsi perturbé),
7. Une évaluation clinique d'autres troubles apparentés.

Ainsi, les orientations futures de recherche, à travers ces différents aspects soulignés, devront lever le voile sur une standardisation et une description des critères du « deuil pathologique ». Par ailleurs, le construit de « deuil compliqué » vient ébranler ceux du deuil normal et du deuil pathologique. Il n'est ni l'un ni l'autre et, à la fois, a le pouvoir de faire basculer la personne endeuillée dans les méandres de la maladie mentale.

1.3.4. Le deuil compliqué

Le deuil compliqué (DC) recouvre toute une constellation de deuils. Certains chercheurs énoncent l'idée selon laquelle le deuil compliqué résulterait de distorsion de la réalité ou de faillite de l'élaboration chez le sujet (Bonanno, 2001). Dans un autre ordre d'idée, des chercheurs se sont appliqués à en dégager d'autres caractéristiques. Prigerson et ses collaborateurs (1995b) entendent par deuil compliqué l'expression particulière d'une détresse de séparation et d'une détresse traumatique. Lors de l'expérience du deuil compliqué, les survivants se questionnent sur leur propre vie avec une tonalité pessimiste ; se demandant pourquoi ils vivent. La perspective d'un futur épanouissant sans le défunt ne peut être envisagée. La vie après la perte s'inscrit dans une réalité difficile et importune que beaucoup ont du mal à accepter. Ces survivants ressentent une profonde détresse, accompagnée d'une nostalgie et d'un alanguissement pour le défunt, un sens du vide et un manque d'intérêt, des troubles de détachement, d'hébétude, parfois même, le sentiment qu'une partie d'eux s'en est allée avec le défunt. Récemment, Prigerson et ses collaborateurs (2008) insistent sur l'importance de distinguer le deuil compliqué des autres formes pathologiques du deuil, aussi, ces auteurs préfèrent-ils retenir la terminologie de

deuil traumatique et réfléchissent-ils même à la terminologie du « trouble du deuil persistant ». Nous avons ainsi une perception plus aiguisée de ce que peut engendrer le deuil compliqué ou trouble du deuil persistant en ce qui concerne la dynamique psychologique de certains endeuillés. Cependant, des interrogations demeurent. Nous appréhendons également, à travers les recherches, que même pour un type de deuil particulier, ici le deuil compliqué, il est difficile de poser une définition claire.

Ce deuil, Prigerson, Vanderwerker et Maciejewski (2007) préfèrent le nommer le trouble du deuil persistant comme un deuil dont les caractéristiques ont un pouvoir « pathologisant ». L'enjeu de ce trouble réside en une véritable définition du tableau clinique pouvant servir à son diagnostic.

1.4. Vers le concept du Trouble du deuil persistant (TDP)

La dernière décennie a vu naître et évoluer les considérations quant aux complications psychiques du deuil. Il n'a pas été simple de faire émerger un nouveau concept parmi ceux déjà existant du deuil. Toutefois, à force de persévérance théorique et empirique, le trouble du deuil persistant s'est dessiné comme étant le trouble sur lequel se portent toutes les attentions actuelles quant à la problématique psychopathologique qu'il épouse.

1.4.1. Le TDP

Il est difficile dans la littérature scientifique aujourd'hui de définir avec précision chaque spécificité des différents deuils. Dans une perspective de prévention, dans un entre-deux « normal »/« pathologique », Prigerson et ses collaborateurs (2007) creusent encore le trouble en introduisant une autre forme de deuil, pensant peut-être abandonner le concept de « deuil compliqué ou traumatique » dont les confusions avec le syndrome de stress post-traumatique et de deuil pathologique sont trop connotées, au profit d'un deuil à la symptomatologie propre qu'est le trouble du deuil persistant. Ici, s'expriment toutes les difficultés de définir un deuil qui n'est ni « normal » ni « pathologique » - qui n'est pas « normal » et qui peut devenir « pathologique ». Pour ces chercheurs, dont la préoccupation majeure est l'acceptation de cette forme de deuil dans le futur DSM-V et CIM-11, le trouble

du deuil persistant serait essentiellement un état de deuil chronique (Prigerson et *al.*, 2008, 2009).

Ce deuil se caractériserait par une intense nostalgie et un intense alanguissement pour la personne défunte, un retour aux moments partagés avec le défunt, un sentiment de vide et une impossibilité à envisager le futur, une peine et un regret concernant la perte, une rumination et une impossibilité à se concentrer sur autre chose que la perte, une aliénation et un isolement social, des pensées intrusives et de détresse, une difficulté extrême de changer leur vie à travers des relations interpersonnelles et de s'engager dans d'autres activités. Les personnes enclines au trouble du deuil persistant auraient le sentiment qu'une partie d'elle est morte avec le défunt provoquant une confusion dans les significations de leurs identités (Prigerson et *al.*, 2007). Récemment, dix neuf chercheurs des quatre coins du monde ont lancé un véritable plaidoyer et un appel scientifique fort pour inclure le trouble du deuil persistant dans les futures classifications que seront le *DSM - V* et la *CIM-11* (Prigerson, Horowitz, Jacobs et *al.*, 2009).

En revanche, bien qu'il y ait, depuis peu, un ralliement scientifique autour de ce construit, il n'en demeure pas moins que les relations qu'il entretient avec d'autres symptomatologies cliniques argumentent en faveur d'un devoir de distinction entre trouble du deuil persistant (TDP), syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et épisode dépressif majeur (EDM).

1.4.2. Le trouble du deuil persistant un trouble distincts du SSPT et de l'EDM

L'Académie Psychiatrique du Massachussets (www.mghcme.org) propose une distinction clarifiée entre un épisode dépressif majeur, un syndrome de stress post-traumatique et le trouble du deuil persistant (TDP) que nous pouvons apprécier dans le Tableau 1. Ce travail de comparaison et de distinction nous révèle combien les symptômes du TDP sont proches de ceux de l'EDM et du SSPT. Cependant, il reflète bien les subtilités distinctives entre ces trois systèmes de symptomatologie. Sur ces bases, nous sommes plus à même de rendre compte d'un système diagnostique du TDP.

Tableau 1. Tableau descriptif et comparatif des caractéristiques relatives à l'EDM, au TDP et au SSP

Symptômes d'un épisode dépressif majeur (EDM)	**Symptômes du TDP**		**Syndrome de stress post-traumatique (SSPT)**
	Par rapport EDM	**Par rapport à SSPT**	
▪ Retrait des figures d'attachement, ▪ La perte paralyse les intérêts et les plaisirs, ▪ Préoccupation d'une faible estime de soi et sentiment général de culpabilité ou de honte, ▪ Retrait social généralisé.	▪ Sensation d'une proximité intense avec le défunt, ▪ Intérêts quant à la perte et au plaisir d'avec le défunt, ▪ Pensées et mémoires incessantes envers le défunt, ▪ Responsabilité dans le manque de soin apporté au défunt, ▪ Evitement des activités, situations et personnes qui rappellent le défunt.	▪ Evènement déclencheur : la perte, ▪ Emotion primaire : la tristesse, ▪ Pensées intrusives relatives au défunt, ▪ Evitement : basé sur la perte, ▪ Cauchemars sont rares, ▪ Souvenirs relatifs au défunt, amertume, ▪ Recherche de proximité associée à l'alanguissement et à la nostalgie.	▪ Evènement déclencheur : la menace, ▪ Emotion primaire : la peur, ▪ Pensées intrusives relatives à l'évènement, ▪ Evitement : basé sur la peur, ▪ Cauchemars importants, ▪ Souvenirs relatifs à l'évènement, évocation de peur ou de colère, ▪ Recherche de proximité non soulignée.

1.4.3. Le système diagnostic du TDP

Forts des travaux de Bowlby (1980), de Worden (1982), de Belitski et Jacobs (1986), de Rando (1992), les recherches se sont orientées vers une précision concernant un système diagnostic du TDP.

Avant même d'identifier les complications du deuil, Horowitz et ses collaborateurs (1997) soulignaient que le deuil normal « peut combiner des humeurs douloureuses (*distressing moods*) et tourmentées (*turbulent*). Il dépend d'un retour à l'équilibre final induit par le résultat des processus de deuil, à l'extrême, il peut altérer les capacités fonctionnelles jusqu'à un degré psychopathologique » (p. 904). Ainsi, les complications au

1) L'intrusion : pensées indésirables, émotivité, nostalgie durable,
2) L'évitement : éviter les endroits qui rappellent la personne décédée, insensibilité envers autrui,
3) Les symptômes de défaillance dans l'adaptation : sentiment de solitude et de vide, présence de troubles du sommeil.

Raphael et Martinek (1997) précisent que, à l'inverse des patients atteints de SSPT (syndrome de stress post-traumatique ou *Posttraumatic Stress Disorder*) qui évitent les souvenirs liés au trauma, les patients présentant des complications au deuil ont tendance à éviter les souvenirs renvoyant à l'absence de la personne et recherchent les souvenirs propres à la personne décédée. De plus, Horowitz et ses collaborateurs (1997) englobent dans la catégorie « évitement » toute perturbation d'ordre social. Ils postulent que la durée de plus de quatorze mois des troubles est un critère diagnostic du trouble du deuil persistant. Comme le soulignent les études basées sur les critères de Horowitz et ses collaborateurs (Forstmeier & Maercker, 2007 ; Langer & Maercker, 2005 ; Wagner et *al.*, 2006), il existe :

a) Des symptômes du TDP classifiés en trois catégories,
b) Le TDP est une forme de trouble bien distinct de la dépression,
c) Le diagnostic de TDP soutient un modèle corrélationnel significatif avec les évaluations psychopathologiques et les réactions normales au deuil, et,
d) Les patients présentant un TDP révèlent des améliorations après une thérapie cognitivo-comportementale en comparaison à un groupe contrôle.

Par ailleurs, il existe des obstacles saillants au consensus en matière de phénoménologie du deuil compliqué ou du trouble du deuil persistant – obstacles qui sont au cœur de la difficulté à distinguer clairement et précisément le deuil normal du TDP (Lichtenthal, Cruess & Prigerson, 2004) –. Cependant, il est reconnu que les symptômes du deuil normal sont similaires à ceux de la dépression, de l'anxiété et des troubles dus à un stress post-traumatique. Le c*hallenge* étant d'identifier les réponses normales de celles psychopathologiques. Prigerson (2004) souligne que la différence existante entre le deuil non-compliqué et les complications au deuil tient essentiellement à un état chronique de chagrin présent dans le TDP. Ainsi, en vue d'une inclusion dans le *DSM-V* et la *CIM-11*, ce

chercheur ainsi que ses collaborateurs (2007, 2009) propose une classification de la symptomatologie du TDP selon quatre critères diagnostics décrits dans le Tableau 2.

Les éléments diagnostic du TDP prennent corps, et, l'appel fort de la communauté scientifique ne fait que conforter une avancée précieuse d'un point de vue tant empirique que pour la pratique clinique en matière de définition, de description et de prévention relatives au TDP.

Forstmeier et Maecker (2007), dans leur comparaison entre les deux systèmes de diagnostic, mettent en avant la possibilité d'inclusion et le caractère moins strict du système de Horowitz et ses collaborateurs (1997) par rapport à celui de Prigerson et de ses collaborateurs (1995, 1997, 2002, 2007, 2008). Cependant, les deux systèmes participent, à travers leurs particularités, à l'avancée des critères sur le deuil et sur ses complications.

Tableau 2. Description des critères du TDP définis par Prigerson et al. (2004, 2007, 2009)

Critère A. **Le deuil**	**Critère B.** **La détresse de séparation**	**Critère C.** **Symptômes comportementaux, émotionnels et cognitifs**	**Critère D.** **La durée**
Les réactions à la perte	▪ Pensées intrusives relatives au défunt, ▪ Une intense sensation de détresse de séparation, ▪ Une forte détresse nostalgique.	5 des 9 symptômes doivent être présents : 1. confusion dans un des rôles de vie ou diminution dans le sens donné à soi, 2. difficultés à accepter la perte, 3. éviter de penser à la réalité de la perte, 4. une incapacité à faire confiance à d'autres depuis la perte, 5. amertume et colère relatives à la perte, 6. difficulté à changer sa vie, 7. engourdissement, 8. sentiment que la vie n'est pas satisfaisante, vide et sans signification, 9. sentiment d'être abasourdi, hébété et choqué par la perte.	La détresse de séparation est ressentie au-delà de 6 mois avec des atteintes ou des dysfonctionnements dans les domaines sociaux, occupationnels et autres.

Les conclusions reviennent toujours au point où, bien qu'il y ait des évolutions dans la définition des limites deuil normal /trouble du deuil persistant pouvant devenir pathologique, il persiste un flou théorique et empirique au cœur même du concept de deuil. Toutefois, les travaux dans ce domaine de la psychologie et de la psychopathologie sont amorcés, il ne reste plus que le recours à d'autres concepts et théories – le deuil étant multidimensionnel – pour appréhender l'enjeu de ce phénomène. Pour finir, nous emprunterons une remarque de Stroebe et ses collaborateurs (2005, p. 398) : « From a psychological perspective, it is reasonable to assume that the different levels on which individuals pursue meaning are interrelated »[3].

Du consensus fort, relatif au trouble du deuil persistant, il n'en reste pas moins que des questionnements demeurent sur l'essence même de la dynamique psychologique de l'endeuillée, de son adaptabilité et des éléments de compréhension relatifs à sa dynamique psychique. Dès lors, nous proposons dans le chapitre suivant d'aborder les approches et modèles théoriques qui sous-tendent le deuil pour, ensuite, appréhender les enjeux de l'adaptation, dans ses constituants, lors d'un vécu de perte.

[3] Traduction : « Dans une perspective psychologique, il est de raison d'admettre que les différents niveaux dans lesquels s'établit la poursuite de sens des individus sont interconnectés ».

Chapitre 2. Les enjeux de l'adaptation psychologique et le TDP

Appréhender les caractéristiques de l'adaptation psychologique de l'endeuillé renvoie à saisir les tenants théoriques qui la supportent. Des multiples approches théoriques du deuil émergeront des modèles multidimensionnels qui permettront d'asseoir les ressources psychologiques en jeu chez l'endeuillé pour faire face à la pénible perte d'un être cher, ou, *à contrario*, de mettre en exergue les failles adaptatives inhérentes à la douleur insurmontable de la perte.

2.1. Les approches théoriques et les modèles explicatifs des complications au deuil

Chaque courant théorique a apporté sa pierre à la construction du savoir et des connaissances complexes des deuils. Afin de rendre plus intelligible les articulations des processus à l'œuvre lors de ce moment de vie singulier, un ensemble de modèles explicatifs complexes a tenté de mettre la lumière sur ses tenants et ses aboutissants psychologiques et psychopathologiques.

2.1.1. Les approches théoriques du deuil

Elles sont nombreuses. Parfois, elles s'opposent, parfois elles se complètent. Notre démarche est de donner à chacune d'elles sa place car il nous semble fondamental de toutes les décrire, chacune apportant des éléments précieux de compréhension.

2.1.1.1. Approche psychiatrique

La psychiatrie descriptive s'attache essentiellement aux symptômes et aux syndromes induits par le deuil. Elle utilise diverses classifications telles que le DSM (*Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders*) et la CIM (*Classification Internationale des Troubles Mentaux*) et leurs critères diagnostiques opérationnalisés, ainsi que des échelles d'évaluation propres à la psychopathologie quantitative. Dans la CIM-10, le deuil est répertorié dans les « troubles de l'adaptation » (cf. F43.2, p133-135), et, dans le DSM-IV, noté en « comportement antisocial de l'adulte » (cf. Z63.4 [V62.82], p799-800). Le deuil et ses composantes sont alors perçus comme des déviances par rapport à une

« normalité » psychologique. La psychiatrie clinique s'appuie en grande partie, en ce qui concerne le deuil, sur divers modèles psychopathologiques tels que l'épisode dépressif majeur, le trouble de l'anxiété, le syndrome de stress post-traumatique et le deuil psychiatrique. Cependant, elle se heurte à la difficulté de dégager la symptomatologie propre du deuil. Devons-nous forcément parler de symptômes pour le deuil, alors réaction « normale » consécutive à la perte d'un être cher ?

2.1.1.2. Approche psychodynamique et clinique

L'essentiel du « travail de deuil » réside en une souffrance liée au détachement des liens entretenus avec le défunt. Dans *Deuil et mélancolie* (1917), Freud introduit l'expression « travail de deuil » renvoyant à l'acceptation de la réalité de l'objet perdu par un détachement progressif et douloureux des liens d'avec le défunt. Ce travail permet de désinvestir l'objet perdu. Il n'est pas simple à accomplir car, comme le souligne Hagman (1995), le deuil suscite un accablement douloureux, une perte d'intérêt pour le monde, une perte de la capacité à aimer et une inhibition de toute activité. Pour Lacan, rapprochant deuil et « douleur d'exister », le manque est l'auteur du désir. La perte ébranle le désir et réinstaure l'objet perdu, essentiel pour combler le manque. Dans sa conception, le deuil fait appel à la notion de perte d'objet consécutive au développement de l'être humain. Widlöcher (1994) fait le rapprochement entre « travail de deuil » et « travail d'interprétation », réévaluant ainsi le modèle psychanalytique freudien.

Beaucoup d'auteurs mettent en avant qu'une absence de tout signe de chagrin lors du deuil est un indicatif psychopathologique (Bowlby, 1984 ; Jacobs, 1993 ; Osterweis, Solomon & Green, 1984 ; Worden, 1991). Certains chercheurs appuient même le fait que cette absence de chagrin s'exprimerait dans des formes particulières de personnalités pathologiques (Osterweis et *al.*, 1984). Cependant, dépression mélancolique, auto-accusation, effondrement de l'estime de soi, ambivalence vis à vis de l'objet perdu et identification à cet objet, permettant un éventuel abandon, ne sont que des formes possibles du deuil. Ce dernier revêt en réalité plus de variétés — il est multiforme —. De plus, il n'y aurait ni universalité de l'effondrement dépressive ni indispensabilité. La personne en deuil serait alors encore capable d'amour et d'investir de nouveaux objets. Bonanno (2004) avance l'idée selon laquelle l'absence de douleur, de peine lors du deuil n'est pas forcément signe d'une pathologie psychique mais marquerait une résilience

particulière de l'individu et un déploiement, de ce dernier, de stratégies de *coping* d'une singulière efficience.

2.1.1.3. Approche théorique de l'attachement

Nous devons ce modèle essentiellement à Bowlby (1978, 1984). Selon lui, l'attachement est un instinct humain fondamental, une pulsion autonome permettant d'instaurer des liens forts et durables. Les premiers liens avec la mère et leurs qualités sont essentiels dans le développement du « petit d'homme ». Cette qualité de la relation d'attachement prend racine dans la qualité de la figure d'attachement (qui peut être la mère, le père ou un pair) que se sera constitué l'enfant comme une source de sécurité/d'insécurité. Toujours selon Bowlby (1978), la qualité du processus de deuil à l'âge adulte résulte directement du comportement d'attachement et des circonstances de séparation d'avec la mère dans la petite enfance. L'intensité du deuil serait fonction de l'intensité de l'attachement éprouvé vis à vis de la personne défunte.

A la frontière entre la théorie de l'attachement et celle cognitiviste du deuil, Bartholomew (1990) ainsi que Griffin et Bartholomew (1994) soutiennent l'idée de « prototypes » théoriques à deux dimensions concernant l'attachement : l'anxiété relative à l'attachement et l'évitement relatif à l'attachement. Fraley et Shaver (2000) mettent en avant que le système de vigilance impliqué dans le processus d'attachement (système sous influence de la dimension d'anxiété) peut provoquer, chez l'individu, des réponses inadaptées au deuil. Théoriquement, les personnes, présentant un haut degré d'anxiété, sont plus vigilantes et ont développé un style d'attachement de type insécure à l'égard le leur disponibilité et de leur accessibilité psychologique pour les personnes aimées. *A contrario*, les individus « évitants » présentent des difficultés d'ajustement à la perte qui transparaissent à travers un haut degré d'anxiété (Fraley et *al.*, 1998). Ce modèle implique que les effets de l'anxiété relative à l'attachement sont prédictifs de certains modèles de deuil et non les effets de l'évitement relatif à l'attachement. Fraley et Bonanno (2004) concluent, dans une de leur recherche, par le postulat qu'une personne dont le style d'attachement est hautement sécure peut puiser largement dans ses ressources psychologiques pour minimiser, à la fois, la détresse de séparation induite par la perte et pour réguler l'anxiété générée par cette expérience.

2.1.1.4. Approche cognitive

Les évènements de vie stressants tels que le deuil et la façon d'y faire face relèvent de réactions d'ajustement relatives aux processus d'évaluations subjectives et objectives de l'individu. Lazarus et Folkman (1984) se sont penchés sur les mécanismes cognitifs à l'œuvre lorsqu'un individu est confronté à un stress induit par son environnement. Les ressources mobilisées par l'individu pour s'adapter à ces situations sont les fruits de divers facteurs psychologiques. Lors de réactions au deuil, toute l'importance réside dans le système de croyances des sujets, dans leur vision du monde et dans le schéma qu'ils ont de soi (Parkes, 1997). Les notions de vulnérabilité et d'insécurité prennent alors tout leurs sens lorsque l'individu est ébranlé dans ses croyances durant un événement de vie traumatique (Janoff-Bulman, 1992). Nous comprenons mieux pourquoi certains endeuillés adoptent une vision du monde comme étant injuste, incontrôlable et perdant toute sa signification. Pour Stroebe et ses collaborateurs (2005), les individus, engagés dans un travail de deuil, amorcent une « recherche de signification » (« *search for meaning* »). La fonction de ce travail de deuil est d'apporter l'aide nécessaire au travail de sens relatif à leur perte. De plus, le fait de percevoir des bénéfices peut aider à réduire les dissonances cognitives qu'un évènement traumatique crée dans les visions qu'a l'individu d'un monde prédicable, contrôlable et bienveillant ; ce qui n'implique pas que ces bénéfices sont nécessairement illusoires.

Les individus possèdent des représentations internes du monde, utilisées pour appréhender la réalité et projeter leurs comportements. Dans cette acceptation, la perte se définit comme étant ce qui manque dans l'univers du sujet. Le deuil n'est alors pas considéré comme un phénomène unitaire, car l'expérience (interne et externe) de la perte, son intensité et ses conséquences ont leur singularité dans chaque individu. Les mondes, interne et externe, se trouvent modifiés par la disparition d'un être « signifiant ». De nouvelles représentations stables du monde et une adaptation à un nouveau monde interne sont nécessaires pour servir une meilleure réorganisation du modèle intrapsychique. Cependant, il y a souvent des résistances aux changements. Le sujet connaît à ce moment-là une période de transition où il a besoin de support émotionnel, de protection pendant la phase de vulnérabilité et d'une assistance pour expérimenter de nouveaux modèles mentaux.

2.1.1.5. Autres approches théoriques

Ces dernières décennies, des recherches en psychologie sociale ont mis en lumière le concept de Soi (*Self Concept*). Ce dernier serait une instance psychique ni stable ni unitaire mais plutôt une instance multifaciale, qui posséderait une collection flexible d'expériences, étant anticipatrice et possédant les souvenirs d'autres manifestations du Soi. Dans cette acceptation, le Soi serait pluriel (Singer & Salovey, 1993). Les Soi définissent notre identité en tant qu'elle est l'ensemble des informations que nous disposons de nous-mêmes. Chaque individu serait pourvu de différents Soi possibles et multiples. Selon Linville (1985), l'estime de soi est une composante affective et évaluative du concept que l'on a de soi-même. Cette complexité du Soi revêt un caractère dynamique permettant à l'individu de mieux faire face aux contingences de la vie. Dans nos relations d'attachement intime, nous expérimentons nos Soi (*selves*) au cours de diverses situations, et, dans de nombreux rôles différents. Notre Soi, dans divers contextes (pensées privées, ressentis, mémoires, rôles de carrière et de relation, d'appartenance à un groupe social), varierait considérablement d'heure en heure, de jour en jour, de situation en situation. Le Soi tend à fluctuer lors de relations entre ses aspects concrets et actuels, et, des traits plus idéalisés, redoutés ou désirés ; entre un Soi personnel et un Soi social (Reid & Deauz, 1996) ; entre une accentuation de ses attributs et de ses qualités, et, les aspects les plus dynamiques de ses rôles et de ses activités (Zirkel & Cantor, 1990). Ce concept de Soi est de nature donc multidimensionnelle. Dans le contexte spécifique de la perte, cette considération impliquerait que plus la structure du Soi serait développée et élaborée, et, plus le Soi résisterait à l'impact émotionnel de la mort d'un être cher. Les conceptions narratives du Soi vont également dans ce sens : lors de la mise en mots de situations, le Soi montre une identité changeante, lieu de révisions et de reconfigurations des réponses dans un contexte situationnel (Bauer & Bonanno, 2001a ; Neimeyer & Lévitt, 2001). Le construit fluide du Soi suggère une implication importante lorsque nous considérons la capacité de résilience que possède l'homme face au deuil. Il y aurait ainsi continuité de l'identité sans qu'elle soit affectée par des processus d'effort et de peine. Lors du deuil, cette continuité se maintient et se restaure à travers la vision que nous avons du monde, la valorisation du Soi, ses aspects concrets et une régulation émotionnelle (Bonanno, Papa & O'Neil, 2004 ; Stroebe, Folkman, Hansson & Schut, 2006).

2.1.2. Les modèles théoriques explicatifs du deuil et de ses issues

Des approches conceptuelles et théoriques, bon nombre de chercheurs ont tenté de faire ce lien fort difficile entre théories et expressions du deuil, notamment lorsqu'il devient problématique pour la santé mentale de l'endeuillé. Ainsi, Attelons-nous à présenter les modèles explicatifs du deuil et de ses issues.

2.1.2.1. Le Modèle Duel des Processus de Coping du Deuil[4]

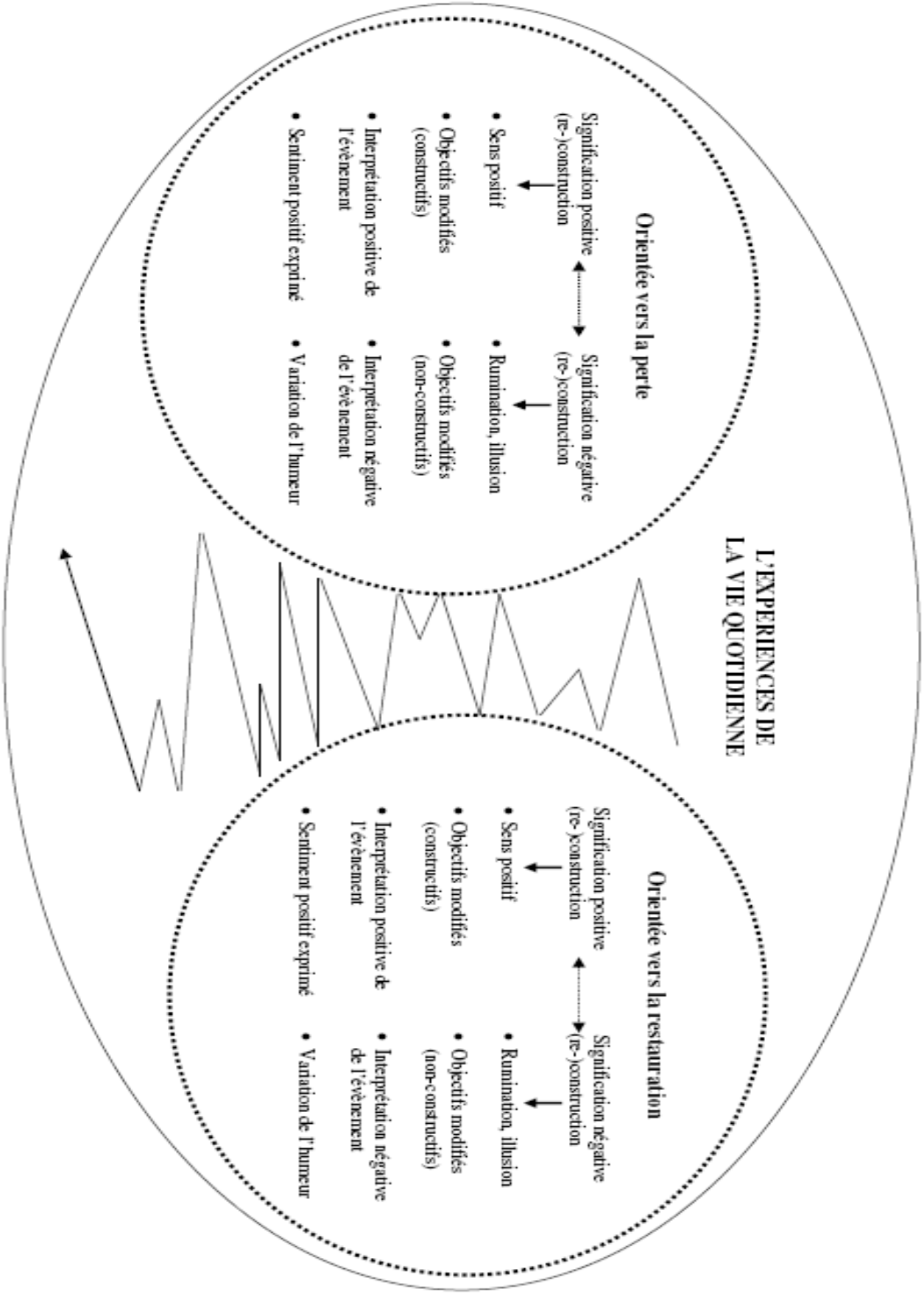
Ce modèle définit deux types de stresseurs auxquels les personnes endeuillées sont confrontées, à savoir, celui orienté vers la perte et celui orienté vers la restauration. Le premier renvoie aux aspects relatifs à l'expérience de la perte en elle-même (cf. *grief*) alors que le second englobe toutes les conséquences de la perte (cf. *bereavement*). Ces deux orientations sont des sources d'excitation et de stress pour la personne en deuil. De plus, elles sont impliquées dans les processus de *coping*. Ce modèle spécifie un processus dynamique de *coping* qui s'inscrit dans une oscillation entre stresseur orienté vers la perte et stresseur orienté vers la restauration comme un processus de régulation – distinguant ce modèle des autres. En d'autres termes, la dynamique psychique du survivant alterne entre différents processus de *coping* face à ces deux types de stresseurs (Stroebe & Schut, 1999 ; Stroebe et *al.*, 2006). Lors de moments où la personne éprouve et se confronte aux particularités de la perte (ou de la restauration), elle les évite à d'autres moments. L'oscillation entre ces deux stresseurs est nécessaire à l'adaptation de la personne endeuillée.

Le modèle, présenté à la Figure 1, propose un cadre pour comprendre les défis adaptatifs rencontrés par les personnes âgées endeuillées. Ce modèle reconnaît une série de réactions émotionnelles et des processus d'adaptation. Pour comprendre le mécanisme d'orientation vers la perte, il s'agit, par exemple, de comprendre le sens donné à la perte et son impact émotionnel qui s'accompagne de souvenirs revisités et d'une douleur à nouveau éprouvée. En revanche, lorsque nous considérons le mécanisme d'orientation vers la restauration, les survivants ont la lourde tâche d'identifier de nouveaux rôles, de nouvelles relations, de nouvelles activités, de nouvelles compétences pour garantir un détachement

[4] Stroebe, M. S., & Schut, H. A. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 1-28.

au défunt et un réinvestissement de la vie quotidienne. Le modèle bi-processus postule que la plupart des endeuillés auront besoin d'osciller entre ces deux mécanismes, sollicitant tantôt les réactions émotionnelles, tantôt la réorientation pour se concentrer sur la gestion de difficultés pratiques, pour ensuite, à nouveau revenir au traitement des réactions émotionnelles, et, ainsi de suite (Stroebe & Schut, 1999).

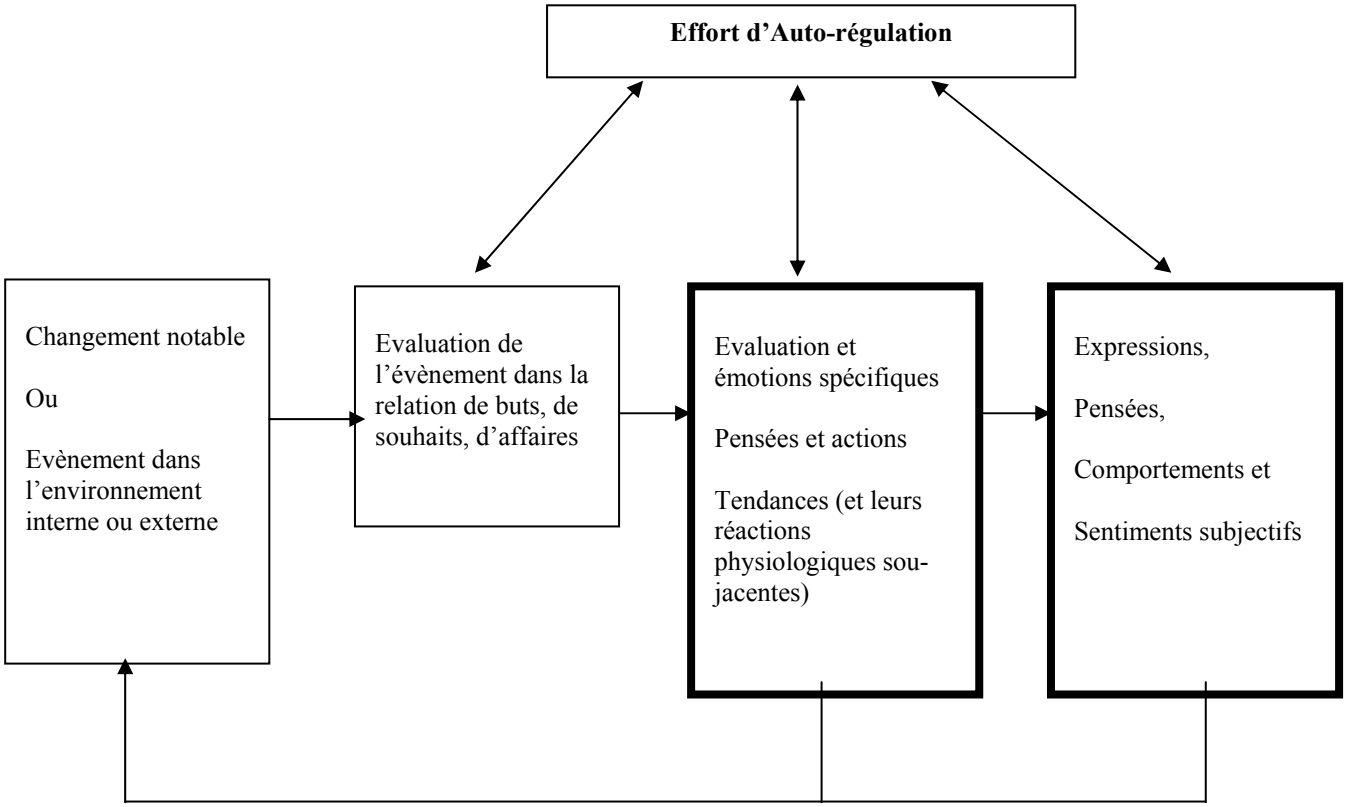
Figure 1. Modèle du Processus Duel de Coping du Deuil (Stroebe & Schut, 1999)



2.1.2.2. Le modèle relatif aux processus émotionnels lors du deuil

Il existe un modèle relatif aux processus émotionnels (Figure 2) expliquant certains mécanismes en jeu lors du deuil (Fisher, Shaver & Carnochan, 1990 ; Shaver &t Tancredy, 2001 ; Shaver, Schwartz, Kirson & O'Connor, 1987) qui s'apprécie à la Figure 2.

Figure 2. Les mécanismes émotionnels en jeu lors du deuil et le répertoire des réactions à la perte[5]



Un *pattern* précis de l'évaluation d'un évènement, construit dans une relation de buts, active une émotion particulière, envisagée comme le siège des tendances d'une action (avec son support physiologique propre, c'est-à-dire qu'une réponse peut être une excitation automatique). S'il n'y a pas d'obstruction, de suppression ou d'altération des efforts d'autorégulation, l'émotion élaborée s'exprime dans le comportement et dans l'expérience subjective. Les processus d'autorégulation peuvent ajuster les évaluations, les

[5] Shaver, P. R., & Tancredy, C. M. (2001). Emotion, attachment, and bereavement: A conceptual commentary. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, R. O. Hansson, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. (pp. 63-88). Washington, DC: APA.

Ces auteurs mettent en avant qu'une attention particulière doit être portée à l'expression de ces manifestations d'autant qu'elles peuvent varier selon le genre et la culture. Ils proposent, dès lors, un modèle explicatif du « cadre intégratif des facteurs de risques » comme ayant une valeur prédictive des issues du deuil.

2.1.2.3. Modèle des issues du deuil compliqué et du deuil non-compliqué médiatisées par le sens de la perte pour le survivant[6]

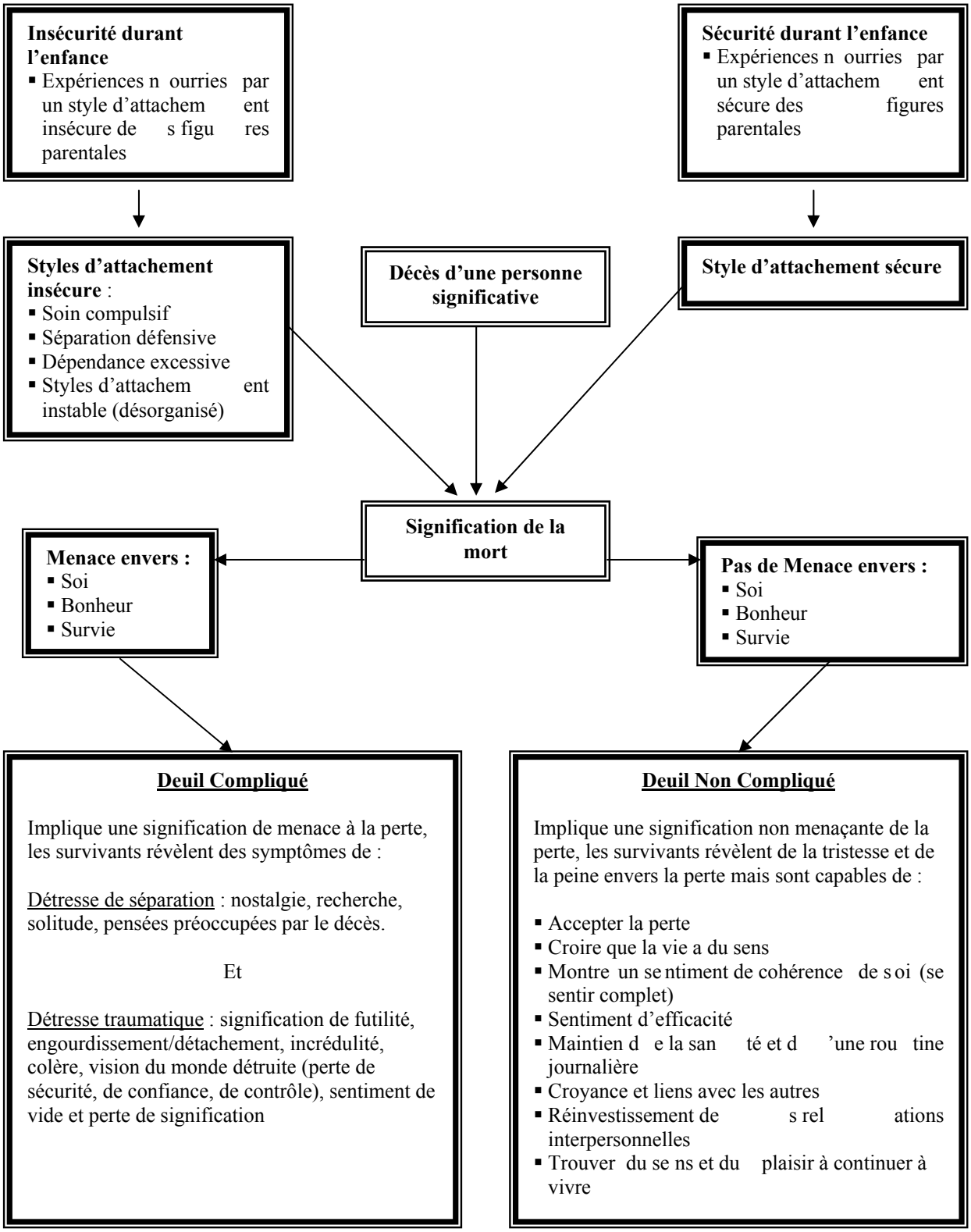
En cohérence avec la théorie de l'attachement, Neimeyer, Prigerson et Davies (2002) proposent un modèle causal dans lequel l'expérience de l'adversité durant l'enfance (par exemple, l'expérience de sévices graves ou de négligence) prédisposerait une personne à un style d'attachement de type insécure (Figure 3). Ainsi, il se crée, pour cette personne, des modèles précaires de soi. Ces modèles, couplés à d'autres modèles précaires relatifs aux autres et au monde, accoiseraient le risque pour ce survivant de percevoir le décès d'une figure d'attachement primaire comme une menace pour sa sécurité. Ce vécu de menace serait alors la source de complications dans le jeu douloureux des réactions suscitées par la perte. En revanche, pour ceux présentant des modèles d'attachement de type sécure, tout en considérant l'importance de la mort d'un être cher comme événement triste et bouleversant, cette expérience ne serait pas vécue comme une menace pour leur sécurité, leur épanouissement à long terme ou leur survie. Dans ce cas de figure, la douleur et le chagrin suscités par le décès n'emporteraient pas l'endeuillé vers des complications dans son vécu de perte.

Ce modèle des issues du deuil, construit à partir de résultats empiriques à ce sujet (Prigerson, Shear, Frank & Beery, 1997 ; Silverman et *al.*, 2001), contribue à expliquer pourquoi lorsque la personne connaît la perte d'un être très proche avec lequel la relation se caractérise par le soutien est encline aux complications du deuil (Prigerson, Shear, Bierhals, et *al.*, 1997). Une illustration possible serait le type d'attachement lors du mariage et la perte d'un conjoint, selon le type d'attachement sécure/insécure, il y aurait ou non complications au deuil (Neimeyer, Prigerson & Davies, 2002). De plus, selon ces chercheurs, il ne faudrait pas oublier le rôle médiateur de la signification de la perte pour l'endeuillé ;

[6] "Model of Pathways to Complicated Grief and Uncomplicated Grief Mediating by the Meaning of the Loss to the Survivor" (Neimeyer, Prigerson et Davies, 2002)

signification qui dépend de son vécu, du langage, des pratiques culturelles, des traditions spirituelles et des relations interpersonnelles.

Figure 3. Modèle des trajectoires du deuil non compliqué et du deuil compliqué médiatisé par la signification de la perte pour le survivant (Neimeyer, Prigerson & Davies, 2002)[7]



[7] Neimeyer, R. A., Prigerson, H. G., & Davies, B. (2002). Mourning and Meaning. *American Behavioral Scientist*, *46*(2), 235-251.

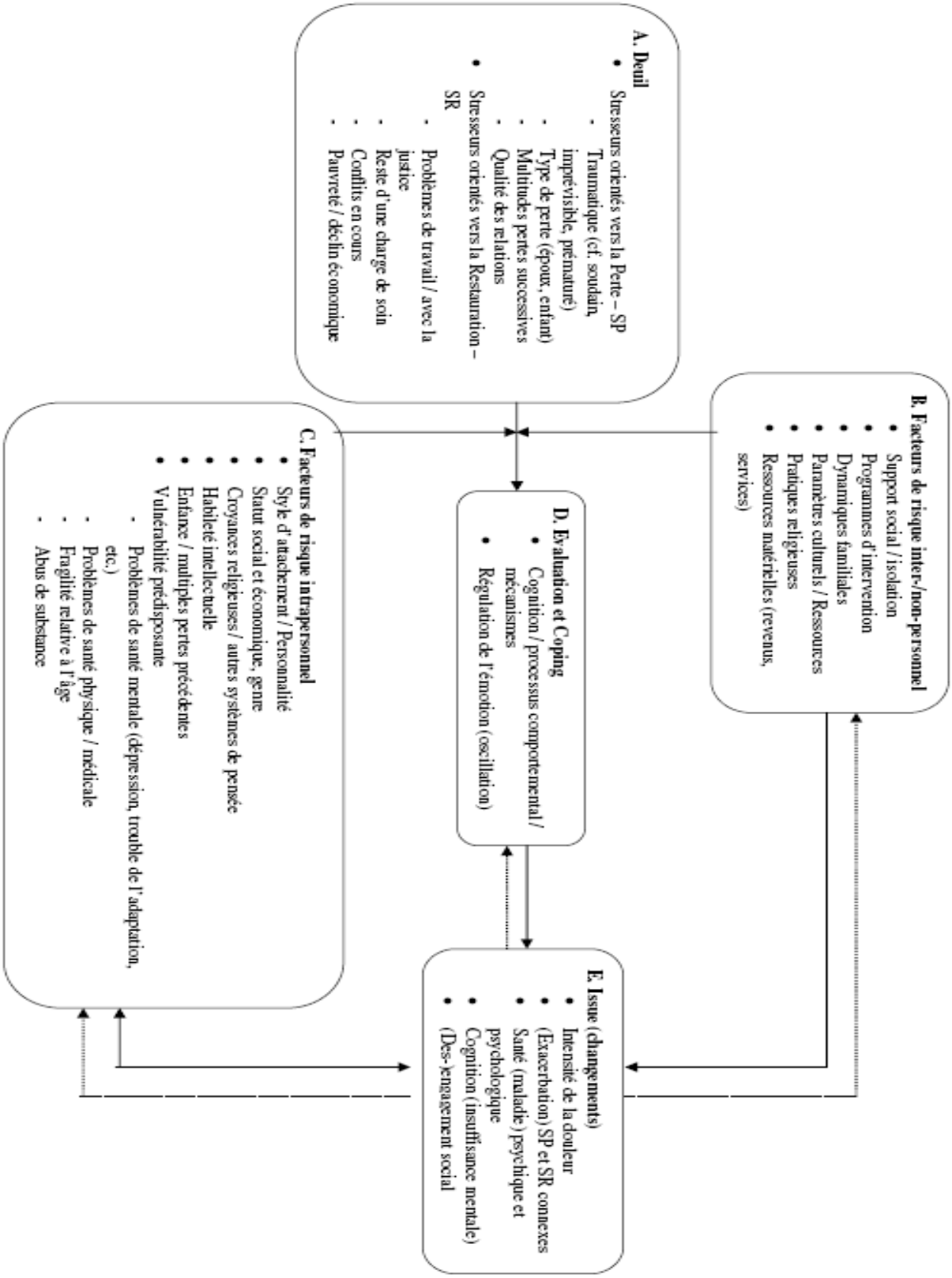
2.1.2.4. Le cadre intégratif des facteurs de risque

Le cadre intégratif des facteurs de risque est un modèle reposant sur les modèles de *coping* et d'évaluation ainsi que sur celui générique du stress cognitif, sans oublié celui du stress spécifique au deuil, le Modèle des Processus Duels de *Coping* du Deuil (Stroebe & Schut, 1999). L'émergence de ce cadre, basé sur des perspectives de processus duels et de stress cognitif, donne naissance au schéma représenté à la figure 4. Suivant les principes généraux de la théorie relative au stress cognitif, il existerait cinq éléments interconnectés dans ce cadre qui combineraient à la fois la description et la détermination des sources de différenciation individuelle en matière d'ajustement au deuil qui sont :

- La catégorie A : la nature du stresseur (type de relation avec le défunt, circonstances du décès),
- La catégorie B : les ressources interpersonnelles (contexte social et environnemental, support social, dynamique familiale, facteurs culturels)
- La catégorie C : les ressources intrapersonnelles (style d'attachement, composantes de la personnalité, prédispositions à la vulnérabilité, facteurs sociodémographiques, genre, âge, croyances)
- La catégorie D : l'évaluation et les processus de *coping* (analyse et évaluation primaire/secondaire),
- La catégorie E : les issues (santé, intensité de la douleur).

Ces catégories dérivent directement d'investigations en recherche empirique, de revues spécifiques aux facteurs de risques et d'autres sources qui soulignent l'essence même des différences individuelles lors de l'adaptation au deuil (Archer, 1999 ; Bowlby, 1980 ; Parkes, 1996 ; Sanders, 1999 ; Stroebe & Schut, 2001 ; Stroebe, Folkman, Hansson & Schut, 2006 ; Walter, 1999). Ce modèle, ou plutôt, ce cadre rend possible, selon ses auteurs (Stroebe et *al.*, 2006), l'identification de *patterns* médiateurs et modérateurs des issues possibles du deuil. Qui plus est, il permettrait d'identifier n'importe quel facteur spécifique au deuil, même considéré isolément. Une des critiques apportées par ses auteurs (Stroebe et *al.*, 2006), comme il peut l'être apporté à bon nombre de modèles empirique, pour ne pas dire à tous, réside en la difficulté de l'éprouver. Aussi, il relève davantage d'un catalogue issu des nouvelles recherches portant sur les facteurs associés à l'adaptation au deuil.

Figure 4. Cadre intégratif des facteurs de risque pour la prédiction de l'issue du deuil (Stroebe et *al.*, 2006)[8]



[8] Stroebe, M. S., Folkman, S., Hansson, R. O., & Shut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science and Medicine, 63*, 2440–2451.

2.1.2.5. Le modèle social interactionnel de la divulgation narrative relative au deuil[9]

L'objectif de ce modèle (Figure 5) est de fournir une nouvelle perspective concernant la divulgation de la perte en ce sens qu'elle offre un regard différent sur les résultats potentiels et les bienfaits relatifs à la narration d'une histoire de perte. Dans la perspective d'une littérature scientifique qui lie les aspects développementaux, sociaux et ceux relatifs à la personnalité, Baddeley et Singer (2009) soutiennent l'idée selon laquelle raconter un vécu de perte est un sous-type d'une classe importante de l'interaction sociale – «divulgation du récit» ou « mémoire narrative » (Alea & Bluck, 2003 ; McLean, Pasupathi, & Pals, 2007 ; Pasupathi, 2001, 2003 ; Thorne & McLean, 2003). Dans cette acceptation, l'expression personnelle d'un récit à l'attention d'un auditeur est un processus puissant dans lequel nous construisons nos identités, nous tissons des liens interpersonnels et, enfin, nous maintenons un sentiment du but et de sens. En outre, les divulgations narratives peuvent avoir une portée bien au-delà de celles qui sont pourvues à des fins individuelles car elles s'inscrivent dans un contexte bien particulier. Elles jouent un rôle dans les échanges sociaux et dans les rituels qui définissent la nature de l'intimité, de l'amitié, des relations professionnelles ainsi que de l'adhésion communautaire.

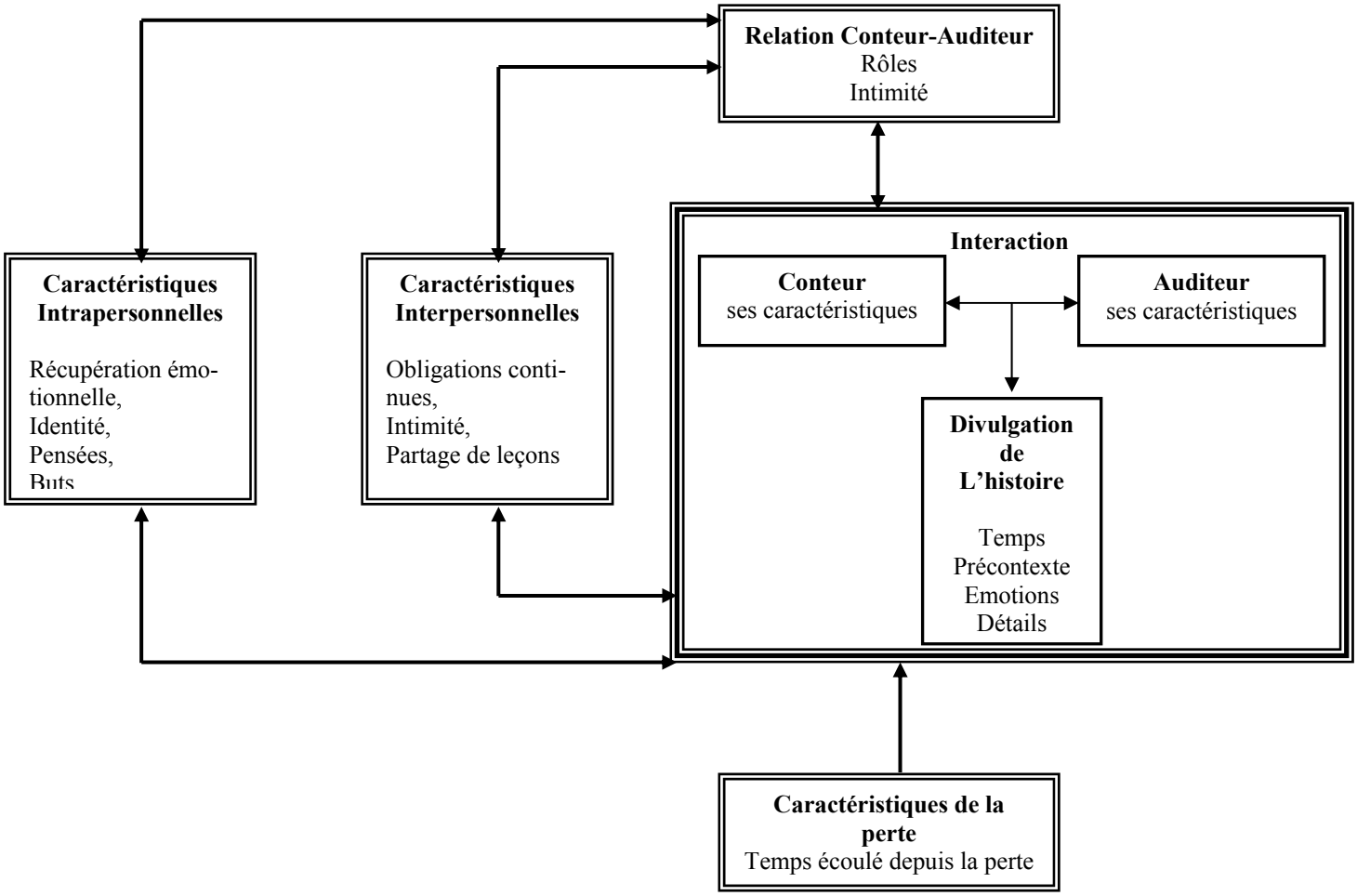
Les auditeurs pèsent fortement sur le contenu et la nature de la mémoire narrative telle qu'elle est divulguée : les auditeurs attentifs sont des supports à l'amélioration de la qualité relative à l'histoire et relative au rappel à long terme des récits d'événements remémorés (Pasupathi, Stallworth, & Murdoch, 1998). En fonction de leur comportement, les auditeurs peuvent faciliter ou perturber le travail de construction de l'identité et la vérification que les narrateurs en font de leurs histoires (Pasupathi & Rich, 2005). Raconter son vécu à une autre personne concernant l'intimité de la perte est un acte socioculturel qui ne peut pas être dissocié des objectifs de l'interaction, de la dynamique de la personnalité de chaque membre de la dyade et des rôles sociaux que revêtent les deux participants. Ce nouveau modèle de Baddeley et Singer (2009) décrit un ensemble de variables qui sont particulièrement essentielles dans l'approche des personnes en deuil (temps écoulé depuis la perte et le type de perte) ainsi que des défis concernant l'ajustement ces personnes (par exemple, la refonte des obligations avec le défunt).

Le modèle social interactionnel de la divulgation narrative relative au deuil (Baddeley & Singer, 2009) est destiné à rendre compte de la divulgation autobiographique des

[9] "A Social Interactional Model of Bereavement Narrative Disclosure" (Baddeley et Singer, 2009)

souvenirs du deuil au cours de conversations avec toute personne faisant partie de l'environnement social du survivant. Le modèle s'applique à un type précis d'histoire : l'«histoire de deuil » qui renvoie à des souvenirs autobiographiques, dans une forme narrative où la perte, elle-même, est un événement de cette histoire. Ainsi, sont mis en évidence, dans ce modèle, l'influence ou l'influence potentielle du contenu de la divulgation, la relation entre le conteur et l'auditeur, les caractéristiques de la personnalité du narrateur et de l'auditeur ainsi que le temps écoulé depuis la perte, tous contribuant potentiellement au résultat de l'interaction suite à la divulgation.

Figure 5. Le modèle social interactionnel de la divulgation narrative relative au deuil (Baddeley & Singer, 2009)[10]



[10] Baddeley, J. L., & Singer, J. A. (2009). A Social Interactional Model of Bereavement Narrative Disclosure. *Review of General Psychology*, *13*(3), 202–218.

A travers ces approches théoriques et ces modèles explicatifs du deuil, nous comprenons combien les réactions qu'il suscite sont riches dans leurs répertoires d'expression. Comprendre les capacités d'adaptation de la personne endeuillée prend alors racine dans toutes ses particularités psychologiques : sa personnalité, ses capacités cognitivo-comportementales et émotionnelles ainsi que son rapport aux autres et au monde. Dans le développement qui suit, nous nous attacherons, dès lors, à dégager les constituants de la dynamique psychologique de l'endeuillé à l'œuvre dans ses possibilités d'adaptation.

2.2. L'adaptabilité psychologique à l'épreuve du TDP

Les ressources psychologiques de l'endeuillé sont au cœur des considérations en matière de deuil et de résolution de celui-ci. Afin d'appréhender les mécanismes et processus émotionnels et cognitifs qui servent l'adaptation psychologique, tournons-nous vers leurs constituants dans l'optique de dégager les caractéristiques qui servent ou desservent l'adaptabilité face aux contingences de deuil.

2.2.1. La personnalité et l'adaptation

Durant ces dernières décennies, certaines preuves empiriques ont démontré que la personnalité est un déterminant important dans l'adaptation d'un individu au cours de sa vie. Un certain nombre d'études longitudinales ont souligné qu'en effet, la personnalité prédit une variété de conséquences dans la vie d'un individu, à travers des périodes de développement marquées par des changements significatifs dans des contextes environnementaux (Shiner & Caspi, 2003 ; Shiner & Masten, 2002). Dans cette acceptation, la personnalité est « susceptible d'affecter sensiblement la vie d'une personne », mais il est également probable que les expériences vécues et celles mettant en jeu les capacités d'adaptation peuvent considérablement, en retour, affecter la personnalité de cette même personne (Shiner & Masten, 2002).

Ainsi, Wijngaards-de Meij, Stroebe, Schut et leurs collaborateurs (2007) soulignent le poids de la composante névrotique de la personnalité en jeu lors du ressenti de douleur et de l'émergence d'une dépression à l'occasion d'un deuil – la personnalité de type névrotique favorisant, lors d'évènement de vie douloureux, l'anxiété, l'hostilité et la colère, la

dépression, la conscience de soi, l'impulsivité et la vulnérabilité (McCrae & Costa, 1999 ; McCrae & Costa, 1986), l'expression d'une détresse élevée, de plaintes somatiques et d'un affect négatif (Watson & Hubbard, 1996). La personnalité ou, du moins, certains traits relatifs à des composantes émotionnelles, dispositionnelles ou de tempérament, jouent un rôle fondamental dans la majeure partie des processus psychologiques éprouvés lors d'un évènement stressant. Elle est souvent associée à l'appréciation de cet évènement (Gunthert, Cohen & Armeli, 1999), à la tendance d'utiliser certaines stratégies d'adaptation (David & Suls, 1999 ; McCrae & Costa, 1986), et à l'efficacité de ces stratégies d'adaptation (Bolger & Zuckerman, 1995). Parmi les cinq facteurs de personnalité, les implications du facteur névrotique dans la gestion de situations stressantes sont celles qui ont été le plus étudiées. Par ailleurs, les autres traits de personnalité (reposant sur le Big Five) ont également dévoilé des particularités intéressantes, notamment lors d'un deuil. Une personnalité plutôt extravertie tend à se centrer davantage sur les problèmes en déployant une réévaluation positive, mettant de côté les émotions négatives pour favoriser des stratégies bien ciblées (Hooker et *al.*, 1994 ; McCrae & Costa, 1986 ; Watson & Hubbard, 1996). Concernant les personnes ouvertes à l'expérience, elles utilisent, de manière privilégiée, l'humour pour surmonter l'adversité (McCrae & Costa, 1986). Quant à celles dont les composantes de la personnalité sont l'amabilité et la conscience, elles auront tendance à déployer des stratégies de recherche, s'orienteront vers la résolution de problème, à l'aide d'une réévaluation positive, écartant tout aspect émotionnel et évitant les pensées ruminatives pour s'axer sur les stratégies d'adaptation (David & Suls, 1999 ; Hooker et *al*., 1994 ; Watson & Hubbard, 1996).

Dans la continuité des recherches sur la personnalité et de ses articulations avec les capacités d'adaptation, des recherches récentes suggèrent que les traits de personnalité peuvent avoir des influences importantes pour surmonter un deuil. Pai et Carr (2007) mettent en avant qu'une personnalité de type extraverti et consciencieuse préserverait du développement de symptômes dépressifs lors d'un veuvage. Ce constat semble d'autant plus vrai concernant les veuves – le rôle protecteur des traits de personnalité variant selon le sexe de l'endeuillé. Bien que bon nombre d'études ont dégagé des éléments de compréhension concernant le rôle de la personnalité dans le déploiement de capacités d'adaptation, Pudrovska et Carr (2008) soulignent combien les stratégies qui en découlent ne sont pas uniformément efficaces pour toutes les personnes et appuient le fait qu'il faille

également comprendre les liens qui existent avec d'autres facteurs en jeu lors du deuil. Il ne reste pas moins que la douleur éprouvée lors d'un vécu particulier est dépendante, dans sa gestion, des caractéristiques de la personnalité d'un individu (Ranger & Campbell-Yeo, 2008). Lors de situations anxiogènes, la personne mobilise des « dérivés conscients de mécanismes de défense » (l'humour, l'anticipation, la formation réactionnelle) qui permettent, à un degré plus profond des constituants de sa personnalité, de dépasser les sentiments douloureux ainsi que les émotions négatives (Grebot & Paty, 2009). Une récente étude menée par Hansenne et Bianchi (2009), utilisant le Temperament and Character Inventory Revised (Cloninger, 1999), a permis d'établir combien les traits de personnalité tels que la persistance (comme relevant de la persévérance face à la frustration et à la fatigue) et l'auto-direction (impliquant des ressources personnelles bien spécifiques pour faire face à un évènement stressant et l'acceptation de soi) étaient des « traits marqueurs » impliqués dans l'intelligence émotionnelle lors d'évènement de vie douloureux et, par là-même, des facteurs de protection ou de vulnérabilité (lorsqu'ils font défaut) face à un éventuel effondrement dépressif. Ainsi, Hansenne et Bianchi (2009) arguent en faveur d'un déploiement des capacités d'adaptation ou, de l'intelligence émotionnelle, dépendant des traits constituants la personnalité de l'individu.

2.2.2. Les processus cognitifs et l'adaptation

Il est important d'intégrer le processus cognitifs dans le jeu de l'adaptation au sein d'une analyse traitant des différences individuelles lors du deuil. Rando (1992) est le seul, à ce jour, à avoir proposé un des systèmes les plus élaborés en matière de complications au deuil. Selon lui, les complications se développeraient lorsqu'il y a « compromis, distorsion ou défaillance dans l'une des six « R » processus du deuil » (p. 45). Les six hypothétiques « R » processus se composent : d'une reconnaissance de la perte, d'une réaction à la séparation, d'un remaniement des expériences relatives à la personne décédée et aux relations, d'un abandon des anciens liens d'attachement au défunt et de l'univers de son vivant, d'un réajustement adapté de ses actions dans le nouvel univers sans oublier l'ancien et du réinvestissement. Dans ce système, toutes les formes du deuil compliqué résultent de la tentative de « dénier, réprimer ou éviter les aspects de la perte, sa douleur et toute réalisation de ses implications pour l'endeuillé » et aident le survivant « à assumer et à éviter

l'abandon de cet amour disparu »[11]. Rando (1992) utilise son modèle des « R » processus pour définir les sept syndromes uniques engendrant des complications du deuil (l'absence de deuil, le deuil différé, inhibé, déformé, conflictuel, non-anticipé et celui chronique). Ce chercheur souligne que les symptômes peuvent s'exprimer par des troubles mentaux et/ou physiques ou par la mort. Il existerait des facteurs de risques associés à la perte et relatifs aux variables antécédentes ou postérieures qui favorisent « une relation pré-morbide avec le défunt qui est marquée par la colère, l'ambivalence ou la dépendance ; ce qui a pour conséquence des problèmes de santé mentale et/ou une non accommodation à la perte et au stress qui en résulte, et enfin, la perception de l'endeuillé d'une perte de support social » (Rando, 1992, p. 47)[12].

Dans une autre perspective, Folkman (2001) met en garde que «l'adaptation peut avoir une influence relativement faible sur l'ajustement et la récupération par rapport à des facteurs tels que la date anniversaire et la nature de la mort, l'histoire et la personnalité» du survivant (p.564). Elle poursuivit en soulignant que «néanmoins l'adaptation est importante, car elle est l'un des quelques facteurs influant les résultats du deuil qui se prêtent à des interventions brèves» (p.564). En outre, comprendre le lien médiateur entre les facteurs de stress d'adaptation et ses résultats revient à définir les processus d'ajustement qui se mettent en œuvre lorsque nous devons faire face à l'adversité. Les notions d'évaluation primaire (l'évaluation du caractère stressant d'une situation) et d'évaluation secondaire (l'évaluation des ressources d'adaptation et les options possibles pour y répondre) jouent un rôle central dans l'analyse du comportement de survie: la personne évalue la signification personnelle de l'événement et l'éventail des ressources adaptatives dont elle dispose. Faire face est compris comme «une évolution constante des efforts cognitifs et comportementaux spécifiques pour la gestion externe et/ou des exigences internes qui sont évaluées afin de dépasser les ressources» internes (Lazarus & Folkman, 1984, p.14, cité par Folkman, 2001).

Un élément de compréhension supplémentaire peut être empreinté au modèle de processus duel (Stroebe, Folkman, Hansson & Schut, 2006). Ainsi, le processus d'adaptation lors d'un deuil entraîne une oscillation entre l'évaluation et la négociation des deux types de

[11] « deny, repress, or avoid aspects of the loss, its pain, and the full realization of its implications for the mourner […] hold onto, and avoid relinquishing, the lost love one » (Rando, 1992, p. 45)

[12] « a premorbid relationship with the deceased wich has been markedly angry or ambivalent or markedly dependent, the mourner's prior or concurrent mental health problems and/or unaccommodated losses and stresses, and the mourner's perceived lack of social support »

stresseurs, la perte et la restauration. Cette oscillation désigne un processus de confrontation et d'évitement dans le traitement de tout facteur de stress spécifiquement associé à la situation de deuil. L'oscillation est considérée comme un processus fondamental de régulation de l'adaptation (si cette oscillation est trop exclusive, c'est-à-dire, soit concentrer sur la perte soit concentrer sur la restauration concernant les facteurs de stress, elle ne conduira pas à une adaptation réussie face à la perte du point de vue de la santé de l'endeuillé). Par ailleurs, il existe peu de preuves empiriques portant sur l'efficacité de la stratégie employée pour surmonter le chagrin (Bonanno, 2001; Stroebe et *al.*, 2005 ; Wortman & Silver, 2001). Des constats semblables sont soulevés par les résultats négatifs dégagés d'études portant sur la communication émotionnelle, le partage social (Pennebaker, Zech & Rimé, 2001) et l'évasion (Bonanno, 2001).

Récemment, Field et ses collaborateurs (2003) ont étudié l'impact des obligations continues qu'entretient l'endeuillé avec la personne décédée. Contrairement à l'argumentation théorique de Klass, Silverman et Nickman (1996), les obligations retenues par l'endeuillé n'étaient pas nécessairement associées à une mauvaise adaptation. D'autres chercheurs ont fourni des analyses fines concernant les stratégies plus spécifiques d'adaptation. Par exemple, une étude réalisée par Moskowitz et ses collaborateurs (2003) a démontré que le contrôle de la dépression et de l'affect positif, qui est fortement associée à un processus d'adaptation connue comme la réévaluation positive, conduit à atténuer l'humeur dépressive avec le temps. Nolen-Hoeksema et Larson (1999) montrent que le style médiateur de l'adaptation comme le contrôle de la douleur est associé à une moins bonne adaptation au deuil au cours du temps. Enfin, la recherche entreprise par Boelen (2005) suggère l'importance des processus cognitifs de (ré-)évaluation sur les conséquences du deuil, tandis que d'autres ont exploré le sens de la décision comme un instrument dans la poursuite de l'adaptation (Davis, Nolen-Hoeksema & Larson, 1998).

2.2.3. Les facteurs psychosociaux de l'adaptation au deuil

Les individus sont des acteurs sociaux, demeurant dans un environnement social qui contient, à des degrés divers, du soutien et des ressources. La notion d'assistance sociale, définie comme les ressources fournies par un réseau d'individus et par des groupes sociaux (Lepore, Evans & Schneider, 1991), est loin d'être nouvelle pour les chercheurs en sciences sociales. Plus de deux décennies d'études ont prouvé que de chercher et de recevoir une

assistance de la part d'autres personnes constituent les principales formes de stratégies d'adaptation chez l'individu (Antonucci, 2001 ; Krause, 1997 ; Ren, Skinner & Kazis, 1999 ; Sherman, 2003 ; Turner & Lloyd, 1999).

Le soutien social comporterait deux aspects, dans la dynamique des processus adaptatifs : un aspect structurel et un aspect fonctionnel (Lee, Arozullah & Cho, 2004 ; Lin & Ye, 1999 ; Martire & Schulz, 1999 ; Sherbourne & Stewart, 1991). L'aspect structurel du soutien social se réfère à l'appartenance d'un individu à une structure sociale comme, par exemple, des organismes communautaires, des contacts sociaux et des réseaux sociaux étroits. Ces positions structurelles peuvent améliorer les chances d'accéder, pour une personne en détresse, à des aides et à des ressources qui, à leur tour, lui fourniront l'assistance et la protection dont elle a besoin pour surmonter des conditions de vie défavorables (Aneshensel, 1992 ; Bloom, Stewart, Johnston et *al.*, 2001 ; Boaz & Hu, 1997 ; Pearlin, 1989). La famille, les parents ou les amis sont souvent les premières sources de soutien que nous consultons au sujet de problèmes rencontrés (Verbrugge & Ascione, 1987). Le soutien social structurel joue alors un rôle de modérateur dans le comportement de demande d'aide d'une personne en détresse psychologique (Lee, Arozullah & Cho, 2004). Par ailleurs, l'exposition à certaines structures sociales (abus de substances, alcoolisme, etc.) peut également être source de stress et de risque pour l'individu (Antonucci, Akiyama & Lansford, 1998 ; Ingersoll-Dayton, Morgan & Antonucci, 1997 ; Lin, Woelfel & Dumin, 1986). Concernant l'aspect fonctionnel du soutien social, il comprend la communication et la transaction lors d'activités qui servent à une variété de besoins émotionnels, informationnels et tangibles, permettant ainsi l'information, la réduction de l'incertitude et le contrôle de soi (Lin, Ye & Ensel, 1999 ; Sherbourne & Stewart, 1991).

Le soutien affectif favorise un sentiment d'estime et de confiance en soi qui permettent d'accepter et de traiter la perte efficacement avec les limites individuelles et leurs conséquences néfastes (Holahan, Moos & Bonin, 1997 ; McAvay, Seeman & Rodin, 1996). Une des tendances concernant les recherches à ce sujet a été de dégager les effets indépendants des différents facteurs psychosociaux sur la santé physique, tout en ignorant les chevauchements possibles entre ces mêmes facteurs (Feldt, Metsäpelto, Kinnunen & Pulkkinen, 2007 ; Kaplan, 1995 ; Kontinen, Haukkala & Uutela, 2008). Ainsi, le sentiment de cohérence a provoqué beaucoup d'engouement dans les recherches après le développement de sa mesure permettant de rendre compte de ces chevauchements.

Antonovsky (1993) a, dès lors, fournit des éléments de compréhension quant à ces facteurs protecteurs impliqués dans la santé d'un individu. En effet, le sentiment de cohérence relève des évaluations internes et externes qu'effectue un individu en interaction avec son environnement – évaluations compréhensives, maniables et ayant une signification. Ces trois dimensions sont fondamentales dans la réussite des capacités d'adaptation des individus face à l'adversité. Ainsi, pour exemple, un important degré de sentiment de cohérence préserverait l'individu des survenues de dépression et d'anxiété lors de situations pénibles (Kontinen, Haukkala & Uutela, 2008).

A la lumières de ces nombreuses recherches menées pour appréhender les fondements mêmes de l'adaptabilité psychologique des personnes face à des évènements de vie stressant, douloureux et intrusifs, force est de constater la multitude de ressources dont disposent les personne pour faire face à l'adversité. Par ailleurs, comme l'ont suggéré certains chercheurs, nous ne sommes pas égaux, dans nos ressources, dans nos appréciations du monde qui nous entoure, mettant ainsi à mal nos capacités adaptatives qui peuvent faire alors défauts et favoriser la survenue de pathologies tant physiques que mentales. Qu'en est-il au juste des facteurs de risques qui peuvent faire basculer ces ressources dans un effondrement psychologique tragique ?

2.3. Les facteurs de risque et les conséquences sur la santé de l'endeuillé

La littérature foisonne ces vingt dernières années en matière de liens causaux qu'entretiennent failles de l'adaptation psychologique, deuil et développement de pathologies. Ainsi, il existerait un ensemble de facteurs dits endogènes, c'est-à-dire propre à l'individu, et, dits exogènes dont les tenants sont des ressorts de causes extérieures. Déterminer ces facteurs de risques dans la survenue de complications au deuil et leurs conséquences morbides permet de peser tout l'enjeu de la prévention en matière de prise en charge d'un travail de deuil problématique.

2.3.1. Les facteurs de risque endogènes

Ces facteurs de risques sont des constituants de la dynamique psychique de l'individu révélés à travers un vécu douloureux, parfois même, insurmontable de la perte. Ils ont un poids capital dans les issues possibles du deuil et de son élaboration.

2.3.1.1. Les constituants de la personnalité

La personnalité de l'endeuillé joue un rôle fondamental dans la survenue du deuil compliqué et de ses issues parfois dramatiques. Dans une recherche menée par Stroebe et Schut (2001), il apparaît que les individus développant un sentiment de contrôle sur leur propre vie dévoilent une plus grande capacité à contrer l'impact d'un évènement stressant (comme la perte d'un être cher) que les individus qui estiment avoir très peu de contrôle sur leur vie. Ces derniers auraient tendance à développer de forts sentiments de culpabilité et d'anxiété deux ans encore après la perte de l'être cher (Vachon, 1982). Ces caractéristiques de la personnalité seraient en lien, très fortement, avec un état de détresse psychologique, au-delà d'une situation de perte (Bruno, Lutwak & Agin, 2009 ; Teachman, Siedlecki & Magee, 2007). Par ailleurs, comme le souligne Zech (2006), les recherches manquent cruellement à ce sujet et, de fait, les connaissances pertinentes à ce sujet également.

2.3.1.2. Le style d'attachement avec la personne décédée

Nous ne sommes pas sans connaitre l'importance que possède la théorie de l'attachement dans les considérations de la dynamique du deuil chez le survivant ainsi que l'étayage qui en a été fait concernant les différentes catégorie de styles d'attachement (Hazan et Shaver (1987) avec leur modèle en trois styles d'attachement ; Bartholomew, 1990, suivant l'approche de Main, Kaplan et Cassidy (1985) avec un modèle en quatre catégories de styles d'attachement). Ce n'est que très récemment que des études scientifiques ont pu mettre en évidence l'impact du lien d'attachement d'avec le défunt sur les réactions face à la perte du survivant. Comme le soulignent Stroebe, Schut et Stroebe (2006), un certain nombre de chercheurs ont attiré l'attention sur l'association entre les styles d'attachement et les réactions face au deuil (Parkes, 2001; Shaver & Tancredy, 2001 ; Stroebe et *al.*, 2005). Selon les analyses théoriques réalisées par Parkes (2001) ainsi que par Shaver et Tancredy (2001), l'attachement de type sécure serait associé au deuil non compliqué (à moins que la perte n'ait eu lieue dans des circonstances particulièrement traumatisantes), et, ainsi, à une certaine «normalité» du processus de deuil.

Bien que ces personnes fassent l'expérience douloureuse du chagrin, elles s'adaptent, néanmoins, à la perte relativement bien au cours du temps. En revanche, les personnes possédant un style d'attachement de type insécure, rendant précaire leur stabilité émotionnelle et comportementale, sont plus sujettes aux complications du deuil.

Concernant les personnes ayant un style d'attachement de type rejetant, elles ont davantage tendance à supprimer et à éviter les émotions liées à l'attachement, et, peuvent dévoiler un deuil retardé, non-résolu ou nié. Celles qui possèdent un type d'attachement préoccupé sont, en général, très sensibles émotionnellement aux pertes à venir, et, peuvent faire l'expérience d'un deuil chronique. Dans le cas de l'attachement de type craintif, style plutôt inhabituelle, les personnes dévoilent, préférentiellement, une dynamique de peur et de «deuil non résolu», caractérisée par une incapacité d'évoquer de manière cohérente leur ressenti face à la perte. Parkes (2001) suggère que ces personnes possèdent dans leur fonctionnement d'adaptation une «impuissance acquise» (Seligman, 1975, cité par Parkes, 2001), alors précurseur du développement d'une dépression et du comportement de retrait. Stroebe, Schut et Stroebe (2006) soulignent combien la recherche à ce sujet est insuffisante puisque certaines hypothèses cruciales n'ont pas encore été éprouvées telles que : quels types de deuil compliqué sont associés à un style d'attachement particulier?, ou, le bien-être et l'ajustement au deuil varient-ils selon le mode d'attachement?

En ce qui concerne les complications au deuil, Parkes (2001) a suggéré que les personnes présentant un attachement insécurisant sont surreprésentées parmi une population de patients psychiatriques en deuil. Ce constat conduit à penser que le deuil compliqué est en fait lié à des styles d'attachement. Considérant les associations concernant le bien-être et la santé, quelques études ont montré des liens entre les styles d'attachement et l'ajustement au deuil (Field et *al.*, 1999 ; Field & Sundin, 2001 ; Mireault et *al.*, 2001 ; Prigerson et *al.*, 1998 ; Wayment & Vierthaler, 2002). Considérée dans leur ensemble, les études réalisées démontrent, toutefois, que les personnes dont le type d'attachement est plutôt sécure s'adaptent à des expériences de vies stressantes telles que le deuil plus facilement que celles dont le type d'attachement est plutôt insécure.

2.3.1.3. Les caractéristiques biologiques de l'endeuillé : le sexe et l'âge

Le sexe de l'individu influence également sa capacité d'adaptation au deuil. Les hommes présenteraient un risque plus important de mortalité que les femmes, tandis que ces dernières présenteraient un risque plus élevé de développer une dépression que les hommes. Dans cette perspective, Rogers (1995) a mis en évidence que le décès de l'épouse avait un impact néfaste sur la santé des hommes, comparativement au décès de l'époux concernant les femmes. La mortalité chez les hommes après un deuil peut s'expliquer de

différentes manières (Martin-Matthews & Davidson, 2006; Subramanian, Elwert, & Christakis, 2008). Certains auteurs avancent l'hypothèse que les stratégies de coping chez les femmes sont plus efficaces que chez les hommes (Stroebe & Schut, 1999). Bennett (2007, 2008), tout comme Courtenay (2000), préfère mettre en avant que l'homme est davantage victime du stéréotype propre au genre masculin, à savoir, il est le représentant du sexe fort devant s'adapter rapidement à la perte. Dans cette acceptation, ses émotions sont souvent contenues et sa souffrance cachée du regard de la société alors qu'elles sont profondément douloureuses.

Nous ne sommes pas sans savoir que l'âge aussi est un facteur influençant la santé tant physique que mentale de tout individu d'autant lorsque des évènements de vie viennent ébranler ses capacités à faire face et marquent de leur sceau l'individu, alors devenu plus vulnérable (Nolen-Hoeksema & Larson, 1999 ; Sanders, 1981). Dans cette perspective, l'âge du survivant est un facteur déterminant dans les risques qu'il implique pour la santé. En effet, de nombreuses études ont pu mettre en exergue que plus le survivant est jeune, plus fort sont les risques de développement de complications au deuil (Disjkstra, 2000 ; Shanfield & Swain, 1984, cité par Zech, 2006) – la personne âgée supportant davantage la perte puisqu'il s'agit d'un stade de la vie durant lequel la mort est très présente.

2.3.1.4. La situation socio-économique, relationnelle, culturelle et religieuse de l'endeuillé

La situation sociale et économique d'une personne est souvent tributaire du ou des réseaux sociaux auxquels elle appartient qui sont fortement liés avec une activité extérieures comme, par exemple, le travail. Des recherches se sont intéressées aux liens particuliers que pouvaient entretenir la situation socio-économique de la personne et le développement de complications face à la perte (Zech, 2006). Travailler à l'extérieur, selon Zech (2006), permettrait à des parents endeuillés de penser à autre chose qu'à leurs difficultés, évitant, par la même, de s'inscrire dans une rumination incessante. De plus, le support social et les relations interpersonnelles dans ce qu'ils recouvrent comme facteurs de protection lorsqu'ils sont présents et comme facteurs de risque lorsqu'ils sont peu développés ou néfastes interviennent aussi dans la survenue de complications au deuil, particulièrement, chez la personne âgée (Youngblut, Brooten, Blais et *al.*, 2009).

Considérer la perte d'un être cher renvoie, également, à considérer les pratiques culturelles et religieuses de l'endeuillé comme rituels et comme vertu de donner du sens à la mort. Par ailleurs, toutes les recherches menées à ce sujet n'ont pu être, généralement, concluantes – leurs résultats étant contradictoires entre elles (Nolen-Hoeksema & Larson, 1999 ; Rogers, Qualter, Phelps & Gardner, 2006) –. De ce fait, ne doit-on pas simplement penser que l'apport culturel et religieux aide à surmonter le deuil dans ce que leurs pratiques peuvent apporter comme soutien social et, peut-être, selon l'utilisation qu'en fait l'endeuillé de manière à servir ou non son adaptation ? Cette présomption laisse entrevoir que l'éventuel pouvoir protecteur de la culture et de la religion est avant tout, dans le jeu de l'adaptabilité face au deuil, une histoire de personne plutôt que de communauté.

2.3.2. Les facteurs de risques exogènes

Ces facteurs de risque sont davantage de nature contextuelle ou indépendants de l'endeuillé. Ils peuvent avoir un véritable pouvoir traumatisant qui, malgré les ressources psychologiques dont dispose l'individu, peut ébranler l'équilibre du survivant.

2.3.2.1. Les circonstances et la nature de la perte

Les circonstances de la perte semblent être déterminantes dans les issues possibles du travail de deuil. Les facteurs de risque contrariant ce travail revêtent les caractères de soudaineté et de non explication du décès (Sanders, 1993). Par ailleurs, il ne faudrait pas confondre soudaineté de la perte et violence dans la nature du décès (Bonanno & Kaltman, 1999). Les circonstances du décès sont fonction de la perception que nous en avons en termes de violence ou de processus « naturel » (Barry et *al*., 2002). Si nous vivons un décès comme une mort des plus violentes, cette perception pourrait favoriser le développement ultérieur d'un épisode dépressif majeur (Barry et *al.*, 2002). Les circonstances de la mort influenceraient le déroulement du processus de deuil. Plus ces circonstances sont violentes (ex. : suicide, homicide, accident), plus l'ajustement au deuil est difficile, laissant présager l'apparition de sévères symptômes dépressifs et/ou de sévères symptômes de stress post-traumatiques.

La perception d'une mort violente n'est pas associée à un deuil compliqué dont les symptômes sont les troubles de détresse traumatique (Barry et *al.*, 2002). Kaltman et Bonanno (2003) corroborent ce lien entre le type de décès et le développement de

syndrome de stress post-traumatique (plus la mort est violente plus ce syndrome est prégnant chez les survivants). Par ailleurs, leur étude ne révèle aucune différence significative, lors de décès naturel, entre le genre (masculin ou féminin) du survivant et le développement de syndrome de stress post-traumatique. De plus, la soudaineté de la mort est souvent confondue avec le type de mort (les morts violentes étant souvent des morts soudaines). Il n'existe pas de différences significatives entre les endeuillés qui ont vécus une perte naturelle, soudaine et non expliquée et ceux qui développent des symptômes de stress post-traumatique (Kaltman & Bonanno, 2003). Par contre, les syndromes dépressifs chez les survivants à une perte naturelle ont tendance à décliner au cours du temps alors qu'ils se maintiennent à un même « niveau » chez les survivants d'une perte violente (Kaltman & Bonanno, 2003). En résumé, la perception du décès à travers son type (soudaine, prévisible) et sa nature (accidentelle, naturelle) influence le développement ou le maintien de troubles morbides (ex. : dépression, anxiété et syndrome de stress post-traumatique) chez les survivants.

2.3.2.2. La personne défunte

Le deuil le plus accablant et le plus intense en douleur est bien celui relatif à la perte d'un enfant (Christ, Bonanno, Malkinson & Rubin, 2003 ; Cleiren, 1991; Leahy, 1992 ; Nolen-Hoeksema & Larson, 1999; Sanders, 1980, cités par Zech, 2006) et, ce, d'autant plus qu'il est âgé car de nombreuses années auront alors renforcé le lien d'attachement (Disjkstra, 2000 ; Leahy, 1992, cités par Zech, 2006). Le parent survivant au deuil est à la fois face à la perte de son enfant, et, à travers cet enfant, à la perte véritable d'une partie de lui-même. Il y a ainsi, dans ce cas de figure, un double processus de deuil en jeu lors du remaniement psychique de l'endeuillé (Zech, 2006). La perte d'un enfant est le facteur de risque le plus important bien que le décès d'un conjoint peut également l'être mais à un degré, toutefois, moindre. La perte d'un parent, quant à elle, est un facteur de risque beaucoup plus relatif. Par ailleurs, Zech (2006) insiste sur le fait que le lien d'attachement avec le défunt est un déterminant de risque quant aux survenues de complications au deuil. Concernant le décès d'un enfant, «la question du «pourquoi?» devient souvent une rumination obsessionnelle» (Zech, 2006, p.121) – enfermant, dès lors, les parents dans une détresse psychologique et traumatique extrême et prolongée –. Concernant, le sexe de la personne défunte, et, plus particulièrement celle d'un enfant, les études se contredisent à ce sujet (Disjkstra, 2000 ;

Littlefield & Rushton, 1986 ; Shanfield, Benjamin & Swain, 1984 ; Shanfield & Swain, 1984 ; Sidmore, 1999, cités par Zech, 2006). Elles ne permettent pas de dégager, pour le moment, de conclusions pertinentes (Zech, 2006).

2.3.3. Le développement de pathologies mentales et physiques liées au TDP lors de la faillite des fonctions adaptatives

Lorsqu'il existe une conjoncture à risque endogène et/ou exogène, il est à craindre des effets sur la santé tant mentale que physique pour l'endeuillé. Le deuil revêt alors des expressions morbides parfois fatales.

2.3.3.1. TDP et SSPT

Le deuil, dans toutes ses formes possibles, est source de remaniement psychologique à tel point que peuvent advenir des dysfonctionnements entrainant le développement de pathologies mentales. Dans ce sens, il existe une coexistence des complications au deuil avec d'autres pathologies psychiatriques (Simon, Shear, Thompson et *al.*, 2007).

Dans une étude préliminaire, Shear et ses collaborateurs (2001) ont mis en exergue que des personnes présentant des complications au deuil pouvaient arborer un état dépressif majeur, un SSPT ou d'autres troubles psychiatriques. Simon et ses collaborateurs (2007) abondent dans ce sens et soulignent qu'un deuil compliqué ou persistant peut être associé, entre autre, à des troubles de l'humeur et à des troubles d'anxiété. S'ajoute que plus le deuil compliqué est sévère, plus les personnes présentent des troubles psychiatriques importants (Simon et *al.*, 2007). Le TDP constituerait, ainsi, un facteur de risque dans le développement de troubles psychiatriques, notamment dans celui du SSPT. Zisook, Chenstova-Dutton et Shuchter (1998) soulignent que, parmi les veuves pour lesquelles l'époux est décédé d'une mort naturelle, 10% d'entre elles ont présenté un SSPT. Et constat surprenant, plus du tiers des veuves pour lesquelles l'époux est décédé des suites d'un suicide ou d'un accident ont présenté ces mêmes caractéristiques psychopathologiques. En revanche, dans une étude de Kaltman et Bonanno (2003), les personnes ayant perdu leur conjoint suite à une mort violente (suicide, accident, meurtre) développaient davantage de SSPT et de dépression chronique, durant les vingt-cinq mois après la perte, que les personnes ayant perdu leur époux suite à une mort naturelle. Bien que l'étude de Kaltman et Bonanno (2003) contredise, dans ses résultats, celle menée par Zisook et ses collaborateurs

(1998), de nombreuses études viennent affirmer que la perte d'un être cher due à une mort violente peut être un des facteurs de risque dans la survenue de complications au deuil, notamment, dans la survenue d'un SSPT (Boelen, 2009 ; Boelen et *al.*, 2008 ; Prigerson, Maciejewski, Reynolds III et *al.*, 1995 ; Silverman, Johnson & Prigerson, 2001 ; Simon et *al.*, 2007). Le SSPT n'est pas le seul trouble psychiatrique à être impliqué dans les complications au deuil. L'expérience du deuil amorce souvent l'émergence de symptômes dépressifs.

2.3.3.2. TDP et troubles dépressifs

Le deuil entraine souvent, pour ne pas dire toujours, un effondrement dépressif dont les issues sont bien différentes d'un vécu de perte à l'autre, d'un individu à l'autre. Un type de dépression souvent considéré lors de complications au deuil est celui de l'épisode dépressif majeur. Ce type de dépression, Hensley (2006) le nomme dépression liée au deuil et le considère comme étant une réaction normale suite à une perte. Par ailleurs, le deuil compliqué ou persistant est bien distinct de la dépression liée au deuil (Hensley, 2006). Le TDP n'est pas un état dépressif majeur car ces deux troubles ont chacun une symptomatologie propre (Horowitz et *al.*, 1997 ; Enright & Marwit, 2002 ; Prigerson & Jacobs, 2001), cependant, ils peuvent coexister chez une personne en deuil (Hensley, 2006 ; Prigerson, Frank et *al.*, 1995). Prigerson et ses collaborateurs (1995) ont démontré que seulement deux caractéristiques symptomatologiques étaient présentes à la fois dans le TDP et dans un Etat Dépressif Majeur : le sentiment de solitude et l'incapacité d'accepter la réalité de la perte. De plus, Horowitz et ses collaborateurs (1997) précisent que les symptômes de l'état dépressif majeur sont différents de ceux du TDP. En effet, ces auteurs ont distingué des caractéristiques de personnalité comme l'intrusion, l'évitement et l'incapacité d'adaptation comme étant particuliers au TDP et bien différents de l'épisode dépressif majeur. Ils ont également ajouté que les symptômes du TDP et de l'épisode dépressif majeur ne se superposent généralement pas. Néanmoins, une personne peut présenter en même temps un TDP et un état dépressif majeur. Certains auteurs (Simon, Shear, Thompson et *al.*, 2007) énoncent l'hypothèse selon laquelle un TDP pourrait permettre l'apparition d'un état dépressif majeur. Cette dernière relève d'une catégorie plus générale, nommée trouble de l'humeur (DSM IV). En effet, des chercheurs comme Boelen, Van den Bout et Van den Hout (2006) ont démontré empiriquement que l'apparition de ces troubles pourrait être due à ce qu'ils ont nommé un trouble d'adaptation qui est présent

chez les personnes enclines aux complications du deuil. Pour eux, le TDP est un syndrome relié à la perte. Il est présent lorsque les personnes endeuillées présentent des symptômes liés à une souffrance de séparation (alanguissement, recherche) et à une souffrance traumatique (incrédulité, incapacité d'accepter la réalité de la perte, amertume) 6 mois après la perte jusqu'au point de développer un handicap fonctionnel. Les personnes présentant un TDP seraient toujours en lien avec la perte mais elles continueraient malgré tout à considérer cet évènement comme étant non réel (Boelen, Van den Bout & Van des Hout, 2006). Ainsi, ces endeuillés se rappellent régulièrement la personne décédée et toute leur vie semble reliée à cette perte. Chez ces personnes, des comportements comme chercher la personne décédée ou reproduire certaines de ses habitudes peuvent être observés (Prigerson, 1995). Dans ce contexte, la mort ne revêt pas un caractère irréversible chez ces mêmes personnes.

2.3.3.3. TDP et risque suicidaire

Une des conséquences les plus tragiques des complications au deuil est le passage à l'acte suicidaire dont les prémisses auront été les idéations suicidaires (Stroebe & Stroebe, 1993). Dans une recherche de Szanto, Prigerson, Houck, Ehrenpreis et Reynolds (1997), la majorité des personnes enclines aux complications du deuil présentaient un haut niveau d'idéations suicidaires. De plus, ces idéations suicidaires étaient en lien avec les symptômes de la dépression et des troubles de l'anxiété. Szanto et ses collaborateurs (1997) ont conclu que la présence conjointe d'un haut niveau de symptômes relatifs au TDP et de symptômes relatifs à la dépression serait un facteur de risque important dans le passage à l'acte suicidaire puisqu'il y a une importante vulnérabilité présente ces personnes qui développent des idéations suicidaires. Ce constat a été conforté par Latham et Prigerson (2004). En effet, la présence d'un TDP multiplie par six la probabilité de présenter des idéations suicidaires et par onze le risque de passage à l'acte suicidaire, 6 mois et 18 mois après la perte. Ainsi, le TDP serait un facteur important et singulier dans le risque de passage à l'acte suicidaire (Latham & Prigerson, 2004). Le développement de ces pathologies mentales comporte également des risques pour la santé physique de l'endeuillé.

2.3.3.4. TDP et troubles somatiques

Le deuil compliqué peut être responsable de l'apparition de dysfonctionnements 18 mois après la perte et prédire un fonctionnement global pauvre (Prigerson, Frank et *al.*,

1995). En effet, il existerait un défaut de symbolisation chez l'endeuillé, c'est-à-dire, que la représentation interne du défunt ne serait pas efficiente, ne permettant pas la liaison entre la réalité de la perte et la représentation ancienne de ce dernier. S'ajoute une constellation de troubles tels que l'humeur dépressive, une moins bonne qualité de sommeil et une faible estime de soi qui permettent au le corps, le soma, de devienir le siège des expressions pathologiques aux complications du deuil. Prigerson et ses collaborateurs (1997) ont rapporté que des complications au deuil 6 mois après la perte prédisent des changements négatifs sur la santé entre 13 mois et 25 mois après la perte chez des personnes veufs et veuves, âgées entre 50 ans et 70 ans. Les symptômes du TDP sont associés à une hypertension, à des troubles cardio-vasculaires, au développement de cancers, à des changements dans les habitudes alimentaires, à la prise de tabac ainsi qu'aux troubles du sommeil, toujours, entre 13 mois et 25 mois après la perte. De plus, les endeuillés enclins au TDP ont significativement plus de troubles cardiaques, de cancer, de migraines et de grippes autour de la date d'anniversaire du décès comparativement à ceux ne souffrant pas de ce trouble. Chen, Bierhals, Prigerson, Kasl, Mazure et Jacobs (1999) ont reporté une différence de genre dans la survenue de problèmes physiques chez les veufs et les veuves. Les premiers présentant des complications au deuil, à 13 mois, seraient davantage sujets à une hospitalisation pour un problème physique ou suite à un accident. Vingt cinq mois après la perte, ils rencontreraient davantage des problèmes d'hypertension. Concernant les veuves enclines au TDP, se sont surtout des perturbations du sommeil qui prédomineraient autour de la date d'anniversaire de la mort, 13 mois après la perte, ainsi que des troubles cardiaques, des problèmes physiques et des changements du régime alimentaire, 25 mois après la perte. Cette étude suggère que les symptômes sont à considérer comme reliés au TDP lors de la détermination de l'impact du deuil sur la santé mentale et physique de l'endeuillé.

A la lumière de ces deux premiers chapitres durant lesquels, tour à tour, nous nous sommes exercés à définir les deuils, à attirer l'attention sur le trouble du deuil persistant et à peser les enjeux de l'adaptabilité concernant l'endeuillé, il est primordial, dès à présent, de comprendre, *in fine*, le travail du deuil et les difficultés qu'il suscite, les processus psychiques en jeu et, ce, d'autant plus, lorsque le survivant est à un stade de la vie durant lequel se jouent bon nombre de remaniements psychiques et d'où jaillissent vulnérabilité et fragilité psychiques.

Chapitre 3. Le Trouble de Deuil Persistant à travers une approche psychodynamique de la personne âgée

Le trouble du deuil persistant favorise le développement de fragilités tant psychiques que somatiques chez les endeuillés qui le développent. A la lumière des connaissances psychopathologies de ce trouble, nous pensons qu'il est important de le comprendre auprès d'une population bien singulière qui est celle de la personne âgée. Après avoir détaillé quelques caractéristiques pertinentes relatives à nos aînés, il nous semble primordial de comprendre les particularités de sa dynamique psychique afin de les mettre en perspective dans l'enjeu du développement de pathologies liées au deuil.

3.1. La personne âgée

3.1.1. Définitions et descriptions de la population « âgée »

3.1.1.1. Vieillesse et vieillissement : Quelle définition ?

De la naissance à la mort, l'être humain, lors de ses différents stades de développement, est pensé à travers les cultures selon deux pôles : la jeunesse et la vieillesse qui nourrissent une symbolique culturelle particulière. Etymologiquement, la vieillesse vient de la racine latine *vetus.* Ce terme entretient une ambiguïté fondamentale : il marque aussi bien l'effet du temps sur les choses et les êtres que l'idée de dégradation, de détérioration. La vieillesse possède deux valeurs principales. La première, plus abstraite, renvoie à la dernière période de la vie humaine normale et implique un déclin progressif des fonctions physiologiques, parfois même, des facultés mentales. La seconde, plus concrète et singulière, correspond au fait d'être vieux, à la durée vécue, à l'expérience de l'âge, appréhendée de manière variable selon les sexes, les cultures et l'état générale de la santé.

Dans notre travail de recherche, nous choisissons de considérer la personne vieillissante au moment de la retraite. Pourquoi un tel choix ? Premièrement, aucun consensus n'existe pour définir un âge ou une tranche d'âge correspondant à la vieillesse. Dans la littérature, la définition d'un âge marquant le vieillissement est une entreprise très difficile : des études considèrent le vieillissement à partir de 45 ans, d'autres à 50 ans, d'autres encore à 80 ans. Une telle disparité laisse perplexe. Deuxièmement, puisqu'il faut faire un choix, nos considérations se tourneront vers les retraités car ce moment particulier

de cessation d'activité marque de nombreux changements chez l'individu. La retraite engendre de profonds bouleversements tant d'un point de vue socio-économique que d'un point de vue psychologique. Dans ce sens, elle vient marquer la rupture avec la vie dite « active » — entraînant des remaniements importants dans l'organisation de vie de la personne, dans sa vie effective et dans sa vie psychique —. La personne doit également faire face à ses désillusions car, souvent, elle considère la retraite comme « une seconde lune de miel ». Il nous apparaît que, à partir de ces changements, la vieillesse vient particulièrement marquer de son sceau l'être humain. La baisse d'activité et la diminution dans la fréquence des relations sociales favorisent l'installation de pathologies physiques et/ou mentales. Fort heureusement, ce n'est pas le lot de toutes les personnes à la retraite. Nous prêtons un intérêt particulier à la notion de « vieillissement réussi » (Rowe & Kahn, 1987). Le vieillissement sain ou le « bien vieillir » renvoie au maintien d'un bon fonctionnement physique, mental et psychosocial, couplé à une dimension subjective essentielle incluant les notions de bien-être et de satisfaction de vie. Le vieillissement est un processus inéluctable mais il ne signifie pas pour autant une fin irrémédiable en soi. Il est un stade normal du développement humain. Développement qui ne cesse de se poursuivre durant cette période de maturation. Dans ce sens, la dynamique psychologique et ses capacités adaptatives continuent leur progression lors de la sénescence.

Le vieillissement et la vieillesse sont des notions tout à fait subjectives bien que des phénomènes observables s'apprécient. Certaines personnes témoignent qu'ils ne se sont jamais sentis aussi jeunes. De cette tentative d'éclairer ce que nous entendons par personne vieillissante, il serait intéressant de déterminer les caractéristiques du vieillissement dans la population française et son évolution avant même de s'attarcher à comprendre la dynamique psychologique singulière de la personne âgée.

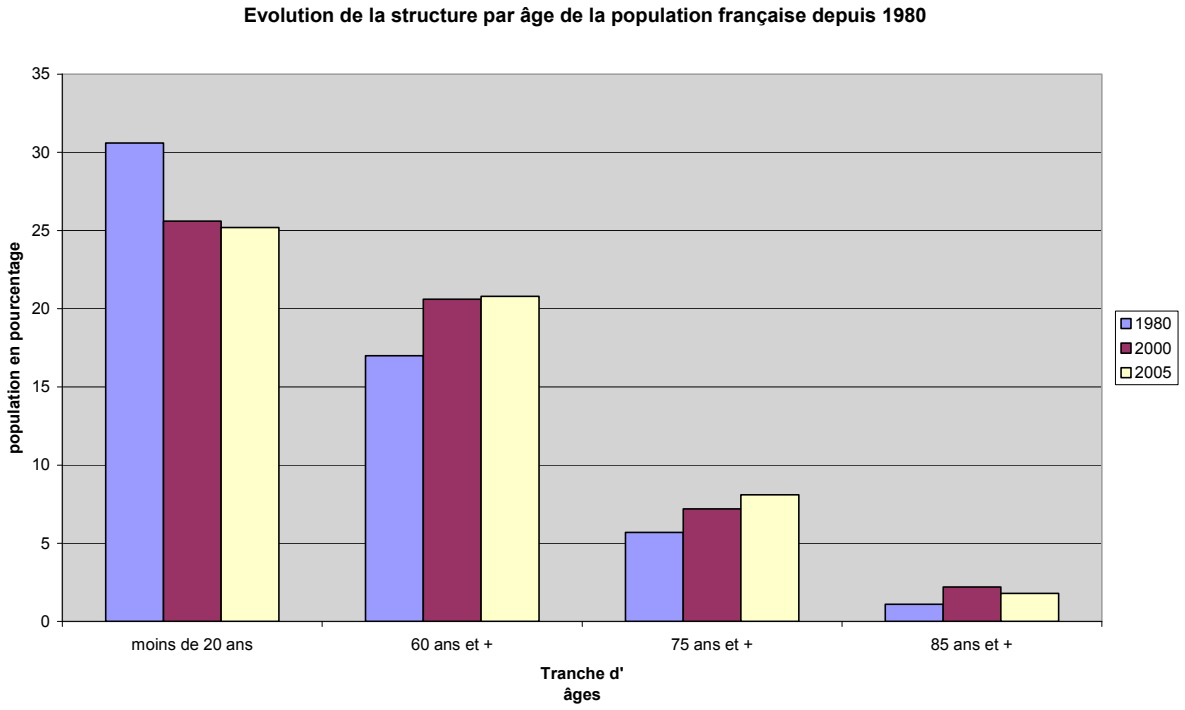
3.1.1.2. Les caractéristiques démographiques autour de la personne âgée

Comprendre les enjeux du vieillissement de la population générale renvoie au fait d'être attentif à ses caractéristiques et à son évolution. La psychologie du vieillissement devient une urgence, encore plus d'ici quelques décennies, lorsque l'on apprécie les estimations concernant l'évolution d'une population vieillissante.

La répartition de la population générale française met en lumière un vieillissement certain de la population. Comme nous pouvons le remarquer dans le graphique 1, les

personnes de plus de 60 ans représentent environ 21% de la population générale française, soit 1 personne sur 5. De plus, depuis 1980, la proportion des moins de 20 ans ne cesse de diminuer au profit d'une augmentation progressive de la proportion des 60 ans et plus, ainsi que des 75 ans et plus ; la proportion des personnes ayant plus de 85 ans a augmenté jusqu'en 2000 pour légèrement décroitre en 2005.

Graphique 1. Evolution de la structure par âge de la population française depuis 1980.

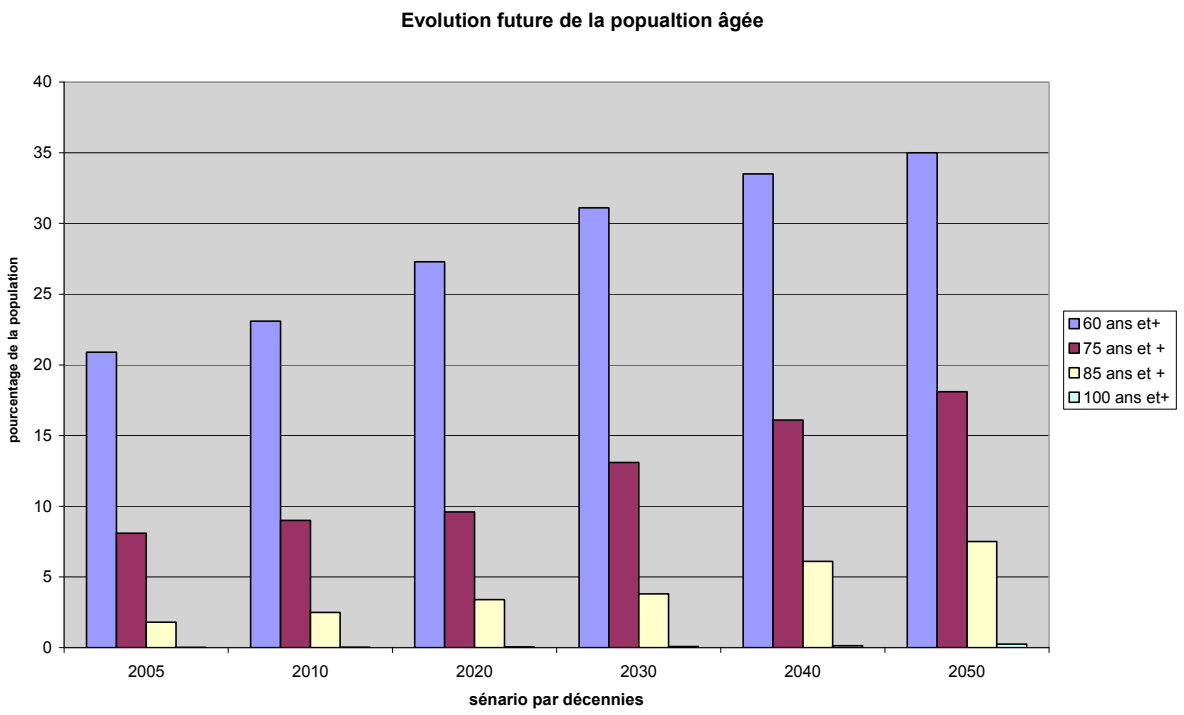


Source : INSEE, 2005

De ces premiers constats, les projections quant aux évolutions futures de la population française (Graphique 2) rendent compte d'une forte augmentation du nombre de personnes âgées. De 2005 à 2050, le nombre des plus de 60 ans doublerait pratiquement, passant de 21% à 35% de la population générale ; celui des 75 ans et plus connaitrait la même évolution. Le nombre des 85 ans et plus irait jusqu'à tripler. De ces quelques prévisions, nous apprécions l'évolution d'une population dont les besoins en prise en charge ne cesseront également d'augmenter car nous ne sommes pas sans connaître la multiplicité des problèmes de santé que rencontre la personne âgée au fur et à mesure de son avance en âge. Il en est encore plus vrai lorsqu'on considère la démence (Graphique 3), sujet, à la

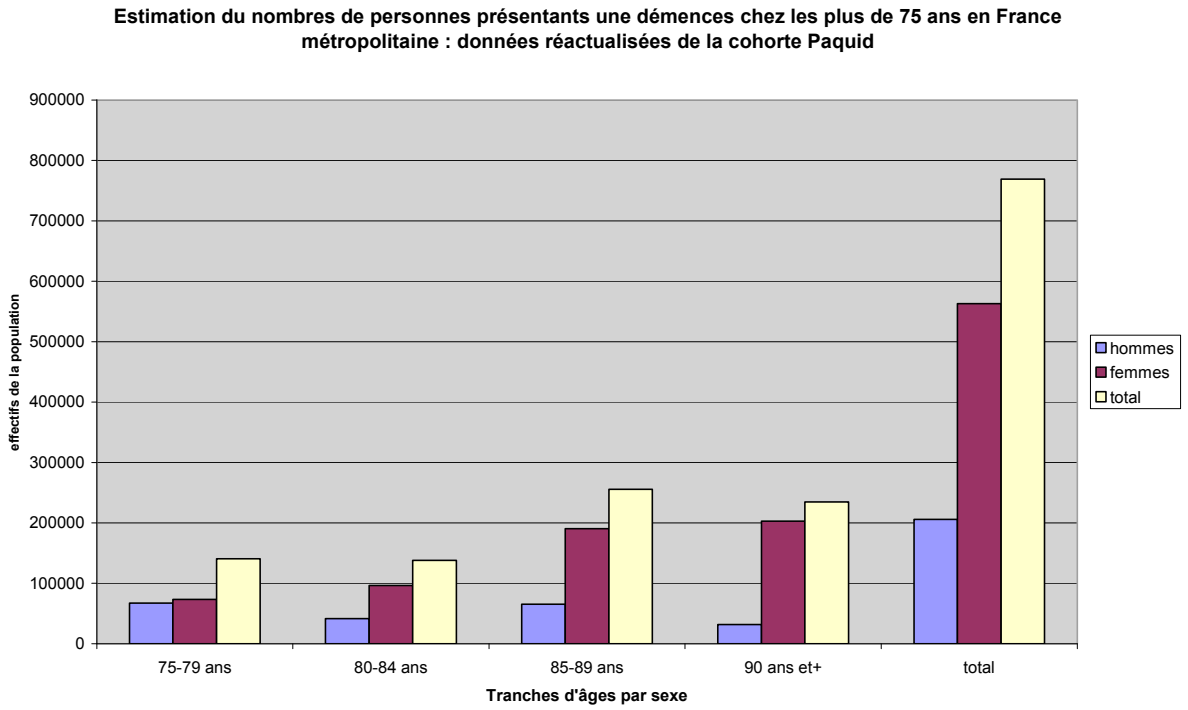
fois, sensible car elle interroge beaucoup dans ses expressions multiformes, et, car elle demande des prises en charge spécifiquement adaptées qui ne peuvent voir le jour sans le concours de la recherche. L'enjeu de connaître les spécificités de la personne âgée réside dans la réponse à lui apporter grâce à des dispositifs de prévention.

Graphique 2. Evolution future de la population française.



Source : INSEE, 2005

Graphique 3. Représentation des estimations concernant le nombre de personnes présentants une démence chez les plus de 75 ans en France métropolitaine.



Source : INSEE, 2005

A la lumière d'une définition possible de la personne âgée et des caractéristiques démographiques que cette population présente en France, il est important de considérer que ces constats et prédictions se généralisent à l'ensemble de l'Europe. Nous comprenons, dès lors, combien il importe de développer nos connaissances en psychogérontologie. Ainsi, nous nous proposons, dans le développement qui suit, de mettre en exergue les particularités qui composent la personne âgée pour, ensuite, mieux cerner sa dynamique psychologique.

3.1.2. Comprendre la personne âgée

Le vieillissement est un phénomène difficile à analyser tant il recouvre une multitude de caractéristiques et de processus. Il n'existe ni modèle ni théorie clairement défini. De plus, il nous semble important d'insister sur le fait que « vieillir » n'est pas antinomique du concept de développement. Le vieillissement est une étape de développement de vie entière (*life span ;* Baltes, 1990). L'adaptabilité de la personne est toujours possible malgré certains affaiblissements. Nous tenterons d'apporter un éclairage selon différents aspects de la nature humaine à la lumière des processus de vieillissement.

3.1.2.1. Point de vue biophysiologique

Le processus de vieillissement modifie certains paramètres d'ordre biologique. Son retentissement s'apprécie à travers des bouleversements importants au niveau cellulaire fragilisant ainsi l'organisme de manière générale. Il apparaît, sur le plan somatique, des modifications de l'apparence corporelle (rides, changements du squelette), une diminution de l'efficience intellectuelle (certaines caractéristiques de la mémoire peuvent être touchées), une diminution des forces physiques, une présence ou non d'handicaps moteurs, un changement de la sphère génitale, de profondes modifications biologiques (diminution d'anti-oxydants, carences en vitamines), et, un amoindrissement de certaines fonctions sensorielles (vue, audition). Autant de changements auxquels est soumis le corps humain entrant de manière naturelle dans le processus de vieillissement. Des changements neurobiologiques influencent également les capacités intellectuelles de nos aînés.

3.1.2.2. Point de vue cognitif

Il semble nécessaire, ici, de faire une passerelle entre fonctions cognitives à proprement parlées et fonctionnement cérébral car il serait hasardeux de considérer l'un sans l'autre. Des études en psychologie cognitive avancent l'idée selon laquelle, avec l'avancée en âge, seuls les processus automatiques et contrôlés, l'organisation de l'information en mémoire à long terme et la mémoire implicite garderaient leur efficience. D'autres sphères de la cognition comme les répétitions mentales, la profondeur du traitement de l'information ainsi que l'encodage et le stockage de l'information seraient affectés par l'âge. Floyd et ses collaborateurs (2002), dans leur étude sur la récurrence des SSPT (syndrome de stress post-traumatique) et leurs impacts sur la cognition du sujet âgé, soulignent que peuvent s'y adjoindre des pensées intrusives, une difficulté à maintenir l'attention et une moindre capacité d'activation de la mémoire de travail. La personne âgée connaîtrait également un déclin de ses ressources cognitives (Salthouse, 1991), c'est-à-dire, un déclin de ses habilités pour inhiber les stimuli extérieurs (Perfect, 1997). Toutefois, l'involution qui impacte la personne âgée est à reconsidérer à la lumière de la notion de « vieillissement réussi ». En effet, il existerait une certaine plasticité des performances cognitives chez le sujet âgé. Par ailleurs, d'autres postulent à la détérioration des resources cognitives avec l'âge. Dans cette conception, la cognition du sujet âgé serait étayée par des postulats biologiques posant que la détérioration aurait pour origine la maturation

notamment, l'environnement social, la capacité d'une personne à développer et à maintenir des réseaux de soutien social est associée à sa capacité cognitive acquise depuis l'enfance. En d'autres termes, la capacité cognitive durant l'enfance est associée à un soutien social présent vers le milieu et la fin de vie. L'aptitude cognitive préalable à tout déclin cognitif, qui peut survenir tardivement au cours de la vie, serait un prédicteur important du support social présent chez la personne âgée. Ainsi, de ces résultats dégagés par Bourne, Fox, Starr et leurs collaborateurs (2007), la faiblesse du soutien social, comme facteur de risque concernant le développement d'une démence, impliquerait une vulnérabilité ainsi qu'une prédisposition au déclin cognitif chez nos aînés. En outre, la théorie des cognitions sociales souligne combien les identités que l'on a de soi jouent un rôle dans l'équilibre psychologique de tout individu, ce constat est encore plus vrai chez la personne âgée.

3.1.2.3. Point de vue psychosocial

L'interruption professionnelle, jouant un rôle important dans le remaniement de l'identité sociale du sujet vieillissant, induit toute une série de changements dans les rapports qu'entretient la personne âgée avec son environnement. L'identité sociale est à entendre comme l'ensemble des représentations que l'on se fait de soi en tant qu'individu appartenant à un groupe homogène. Elle s'articule avec l'identité personnelle en terme d'individualité. L'identité sociale renvoie ainsi au concept de soi (Markus & Zajong, 1985) en tant qu'objet dans un environnement social. Le concept de soi recouvre l'ensemble des structures cognitives à propos de soi (schémas de soi) utilisées pour reconnaître et interpréter les stimuli ayant un rapport avec l'expérience sociale de l'individu. Il assure des fonctions de référence à soi. L'âge à la retraite bouleverse ce système de représentations de soi. Le retrait de la « vie active » provoque un remaniement de la dynamique cognitive et sociale car de grands changements surviennent suite à cette nouvelle situation. Les schémas de soi s'en trouvent bouleversés : une reconstruction et un « rééquilibrage » des représentations de soi s'opèrent alors. La personne est à la fois face à une conception de soi qu'elle doit réinitialiser et à des changements de son environnement social, à l'origine de cette restructuration. De plus, lors du veuvage, les relations sociales recouvrent un fonctionnement très complexe (Gallager-Thompson, Futterman, Farberow et *al.*, 1993). Pour exemple, les relations familiales peuvent être à la fois source de support social et source de détresse. Les veufs mentionnent plus d'aspects négatifs dans ce genre de relations que d'aspects positifs. Les relations amicales paraissent plus soutenantes (Gallager-Thompson, Futterman, Farberow et *al.*, 1993). La qualité du soutien social est importante à ce moment particulier de la vie car elle constitue une source de santé physique et psychologique. D'autant plus que la personne âgée souffre souvent de solitude et d'isolement lorsqu'elle accuse un ensemble de pertes.

3.1.2.4. Point de vue psychodynamique et psychopathologique

Le temps des pertes

Toutes les pertes et les bouleversements que connaît la personne vieillissante n'ont pas le même sens au sein de l'appareil psychique. En effet, Thome-Renault (1994) distingue :

- La perte d'objet désignant la perte d'un être cher.

- La perte de fonctionnement, qui s'apprécie à travers la notion de pulsion : la charge pulsionnelle tend à diminuer lors du vieillissement entraînant un émoussement de l'activité mentale sur le plan de la sexualité. L'écart se creuse entre le désir et la réalité, relançant ainsi le complexe de castration.
- La perte de Soi, comme capacité à travailler sur le thème de sa propre mort.

Comme le souligne Lapray, Coulon, Girod et Capitain (1999), le travail psychique le plus laborieux est celui sollicitant l'adaptation à toutes ces pertes. De ces modifications qui marquent l'environnement de la personne vieillissante, l'appareil psychique est enclin à de grands remaniements. Lors du processus de vieillissement, le Moi connaît à la fois l'affaiblissement de ses forces pulsionnelles (la pulsion de vie perd alors de son intensité) et une certaine forme de rigidité à travers laquelle le sujet survalorise ce qu'il connaît au détriment de l'inconnu (souvent source d'angoisses). Afin d'affronter l'écart grandissant entre désir et réalité d'un amoindrissement corporel, le Moi tend à développer des mécanismes de défense spécifiques dans le but de faire face à la menace de déstructuration (Thome-Renault, 1994). Quelle que soit la structure de personnalité, nous remarquons souvent, à ce moment de l'existence, une diminution de l'estime de soi ainsi qu'un repli sur soi. Ce phénomène ne peut être que transitoire, encore faut-il que le sujet possède des assises narcissiques suffisamment solides pour rebondir face à ces changements pénibles.

Le traumatisme suscité par la perte d'une personne chère provoque un état de crise bouleversant l'équilibre psychique de la personne. Chez le sujet âgé, les nouvelles situations, dont le changement est trop rapide pour permettre d'y donner sens, sont des sources potentiellement confusiogènes. Le sujet âgé perd alors tout repère. L'émergence confusionnelle s'exprime dès lors comme une incapacité à organiser ses pensées jusqu'au développement d'états démentiels (Lapray et *al.*, 1999). Ces états, couplés à une dépression qui s'enlise, peuvent favoriser le développement de symptômes psychopathologiques comme, par exemple, le développement ou l'aggravation de la maladie d'Alzheimer. Autant souligner que le temps des pertes est aussi un temps durant lequel les crises existentielles se succèdent, sollicitant les capacités d'ajustement ou de réajustement de la personne vieillissante.

Les périodes de crises et de réajustement

La crise renvoie souvent à un sentiment de solitude face à soi même. Dès lors, peut surgir l'angoisse du choix car choisir « revient à renoncer pour toujours à tous les autres

possibles » (Bouisson & Reinhart, 2000). De grandes périodes de crises rythment le développement d'un individu comme, par exemple, la crise de l'adolescence, la crise du milieu de vie, et, celle qui retient, particulièrement, notre attention, la crise de la « pleine maturité » (Jaques, 1963). Cette crise de pleine maturité ou « crise de sénescence » (Bergeret, 1982) s'exprimerait autour de 65 ans, âge qui constitue, pour certains, l'entrée dans la vieillesse. Cette crise est une crise d'identité durant laquelle le sujet remet en question la façon dont il se perçoit, perçoit les autres ainsi que ses choix passés. Cette crise nécessite d'importants remaniements ou (ré-)ajustements psychiques d'autant plus qu'elle est marquée par une multitude de pertes. A partir d'un certain âge, les capacités d'adaptation diminuent provoquant des troubles de l'ajustement (Maercker, Forstmeier, Enzler et *al*., 2008). Les femmes et les personnes vivant en maison de retraite en seraient davantage marquées. Face à ces diminutions des capacités adaptatives, une perte peut être vécue comme une « perte de trop » par la personne (Messy, 1992). En d'autres termes, qu'il s'agisse de la perte de son travail, marquant la retraite, du décès d'un proche, ou, d'une atteinte corporelle, la personne âgée n'aurait plus les ressources nécessaires pour l'élaborer psychiquement. Le deuil serait, dans cette dynamique, impossible. Cette « perte de trop » précipiterait l'individu dans un effondrement dépressif, le pousserait au repli sur soi, au désinvestissement du monde extérieur ainsi qu'au repli général de sa libido, élan déchu dans la réalisation de soi.

Les caractéristiques de la dynamique psychologique, et, plus particulièrement, psychique, de la personne vieillissante sont diverses et variées. Elles ne cessent de questionner tant les cliniciens que les chercheurs. Notamment, une attention particulière est portée sur les aspects développementaux qui constituent la dynamique psychologique de la personne âgée.

3.1.3. L'enjeu du deuil chez la personne âgée

3.1.3.1. Les particularités du deuil chez la personne âgée

Force est de constater que la plupart des gens considèrent le deuil comme un phénomène normal pour la personne âgée. La fatigue, la confusion, la solitude et le retrait social sont des réactions souvent considérées comme normales chez celle-ci. Raphael et Martinek (1997) souligne que le type de lien (fratrie, époux, enfants, parents) entretenu avec la personne décédée joue un rôle central dans la signification et l'impact de la perte. Le

décès le plus fréquemment rencontré chez la personne âgée, concernant un membre de la famille, est celui d'un frère ou d'une sœur. Hays (1997) met en avant que l'état fonctionnel et les capacités cognitives des personnes âgées, enclines à ce type de deuil, ne diffèrent pas de celles ayant perdu un époux. Alors qu'il est plus naturel de vivre la perte d'un parent, celle d'un enfant demeure difficile à accepter. La plupart des recherches, qui se sont intéressées à l'impact des décès familiaux sur les survivants au cours de leur existence, ont démontré que la mort d'un enfant adulte provoquait plus de réactions intenses comme le désespoir, la somatisation, la colère, la culpabilité par rapport aux autres décès (Hays et *al.*, 1997). D'autres d'études se sont intéressées aux enfants morts à la guerre, ou, encore, dans un contexte de suicide ou d'accident. Il en ressort que les parents âgés, enclins au deuil de leur enfant, ressentaient une tristesse intense et persistante, la culpabilité d'avoir survécu, un alanguissement et des préoccupations centrées sur le décès (Rubin, 1992). D'autre part, la perte d'un époux correspond, chez la personne âgée, à la perte d'une autre figure d'attachement (Lopata, 1996). Durant les années de mariage, se forme un système de rôles, de traditions, d'interdépendance qui définit, peu à peu, une identité partagée par le couple. Un nombre important de rôles définissent ce que nous sommes – le deuil marque la rupture avec ces identités liées aux rôles d'époux ou d'épouse (Moss & Moss, 1996). Le veuvage est un évènement de vie bien singulier durant lequel une grande variété de facteurs influence l'adaptation des personnes âgées. De plus, les personnes veuves ont souvent le sentiment de ne pas être à leur place ou comme elles le soulignent parfois « d'être de trop » lorsque leurs amis sont en couple. Elles se coupent, ainsi, peu à peu de leur réseau social. La vie sociale est difficile après un veuvage surtout quand la personne retrouve un nouveau compagnon ou une nouvelle compagne. Cette nouvelle relation pose généralement problème aux membres de la famille (O'Bryant & Hansson, 1995).

La perte d'un être cher à cette période de la vie nécessite une capacité d'ajustement plus importante alors que la personne âgée ne dispose pas toujours de ressources psychologiques suffisantes pour les déployer. Dès lors, la survenue d'un état dépressif majeur, de troubles de l'ajustement dont l'anxiété et l'impulsivité peuvent en être des expressions qui se rencontrent principalement, et, de manière prépondérante, chez la personne âgée lors du deuil (Maercker, Forstmeier, Enzler et *al.*, 2008). Le deuil semble jouer un rôle plus important dans l'étiologique de la dépression et du suicide chez la personne âgée (Olié, Poirier & Lôo, 1995).

3.1.3.2. La dépression et le suicide la personne âgée

Quels que soient la nature de la dépression, l'influence et l'impact des facteurs biographiques, situationnels, sociaux et psychologiques, ces derniers auraient un impact plus lourd concernant la survenue de troubles dépressifs chez le sujet âgé et son passage à l'acte suicidaire possible. A la lumière d'études épidémiologiques, certains facteurs de risque sont prépondérants comme la solitude et l'isolement social (conséquences de la retraite, des conflits interpersonnels et des pertes répétées), entraînant le sujet âgé dans une « dépression réactionnelle ». A tous ces facteurs s'ajoute la perte d'autonomie qu'elle soit physique, psychique ou économique. Le veuvage constitue un facteur de risque prédominant dans le passage à l'acte suicidaire, en particulier, pour le 3ème âge (Ouango & Léger, 2001). Concernant le 4ème âge (plus de 90 ans), il s'agira plutôt de la perte d'autonomie comme potentiel morbide.

La dépression de la personne âgée s'exprime souvent par une tristesse pathologique, une inhibition psychomotrice, des troubles motivationnelles et une anxiété massive. Lors du vieillissement, l'individu peut présenter des altérations de ces capacités d'adaptation aux pertes rencontrées. La dépression est l'une des issues malheureuses signant la souffrance et le déséquilibre psychique dans lesquels il s'est enlisé. Une autre issue, celle-ci plus fatale car souvent « réussie », est, comme énoncée précédemment, celle du suicide. Passage à l'acte bien souvent sous-estimé chez le sujet âgé en proie à la dépression. Comme le soulignent Lôo et Gallarda (2000), le taux de suicide est supérieur à 100 pour 100 000 habitants chez le sujet de plus de 75 ans. Les hommes se suicident trois fois plus que les femmes. Le rapport des suicides accomplis aux tentatives de suicides est de 1/5 à 1/10 chez les plus de 65 ans (alors qu'il est de 1/10 à 1/20 dans la population générale). Les modes de suicides sont, en majorité, violents et radicaux : pendaison, noyade, défenestration, suffocation, etc. Les principaux facteurs de risque du passage à l'acte suicidaire sont le sexe masculin, un milieu rural, un niveau socio-économique bas, l'isolement et la solitude (facteurs prépondérants chez les veuves et les veufs). A l'origine du passage à l'acte suicidaire sont souvent responsables les syndromes dépressifs rencontrés par le sujet âgé.

Outre le passage à l'acte comme issue dramatique à la pathologie dépressive, beaucoup de chercheurs et de cliniciens s'accordent à penser qu'il existe des liens entre deuil, dépression et démence, bien que ces relations soient difficiles à établir. La démence recouvre toute une constellation de troubles mentaux et comportementaux. Nous ne

3.1.3.3. Dépression et démence chez la personne âgée

Les liens qu'entretiennent dépression et démence chez la personne âgée ont suscité une abondante littérature ces vingt dernières années. Ces deux pathologies sont les deux affections mentales les plus fréquentes chez nos aînés. Elles peuvent coexister ou se succéder. Leurs symptomatologies se recoupent partiellement. De ce fait, elles posent problème quant à leur diagnostic ; l'approche différentielle est alors requise. Sur le plan théorique, deux conceptions opposées s'affrontent :

1) l'une, soulignant l'existence de perturbations biologiques communes aux deux symptômes, y voit un argument supplémentaire à l'origine biologique de la dépression,
2) l'autre trouve des arguments pour considérer la démence comme un refuge ultime contre la dépression.

Cependant, beaucoup s'accordent à souligner le rôle de la dépression dans l'induction des troubles démentiels (Forette, Seux & Staessen,, 1998 ; Petersen, 2000). Un vécu de perte coïncide souvent avec les premières apparitions de symptômes démentiels, ou, marque un virage décisif dans la dégradation de la personne âgée (Feteanu, 2002). Le suicide serait le passage à l'acte signifiant la prise de conscience par l'individu de son délabrement irrémédiable ; il se produirait essentiellement au début des premiers signes de démence (Monfort, 2000). Certains grands déments se laisseraient mourir de faim en refusant systématiquement soins et nourriture. Outre les conduites régressives qu'impliquent les troubles démentiels, certains chercheurs se posent la question de savoir si le la personne âgée n'en voit pas un moyen d'attendre la mort, jugée comme inéluctable à court terme.

La vulnérabilité de la personne âgée connaissant la dépression et/ou la démence interroge quant aux mécanismes du travail de deuil et les défauts qu'ils engendreraient lors de l'élaboration de la perte d'une personne chère. Attachons-nous, dès à présent, à comprendre la dynamique psychique du deuil chez la personne âgée à la lumière des stades d'élaboration du deuil.

3.2. Le travail de deuil et ses avatars

3.2.1. Les théories traditionnalistes du travail de deuil

Les théories traditionnelles du deuil insistent sur le concept de « travail de deuil », qui implique à la fois les circonstances de la perte, les relations de l'endeuillé avec la personne défunte et les sentiments autour de la perte (Bowlby, 1984 ; Freud, 1915). L'essentiel du « travail de deuil » réside en une souffrance liée au détachement des liens entretenus avec le défunt. Dans *Deuil et mélancolie* (1915), Freud introduit l'expression « travail de deuil » comme l'acceptation de la réalité de l'objet perdu par un détachement progressif et douloureux des liens d'avec le défunt. Comme le souligne Hagman (1995), le deuil suscite un accablement douloureux, une perte d'intérêt pour le monde, une perte de la capacité à aimer et une inhibition de toute activité. Pour Lacan (1966), rapprochant deuil et « douleur d'exister », le manque est fondateur du désir. La perte ébranle le désir et réinstaure l'objet perdu, essentiel pour combler le manque. Dans sa conception, le deuil fait appel à la notion de perte d'objet consécutive au développement de l'être humain. Widlöcher (1994) fait le rapprochement entre « travail de deuil » et « travail d'interprétation », réévaluant ainsi le modèle psychanalytique freudien.

Les survivants s'avancent vers « un travail à travers » leurs ressentis face à la perte éprouvée afin de résoudre, avec succès ou fragilité, ce qu'elle a engendré. Ceux qui éviteraient le sentiment de deuil ou qui dénieraient leurs sentiments présenteraient un risque accru de développer « des réactions de deuil compliqué » ou un trouble du deuil persistant. Les « théoriciens » des stades du deuil (Bowlby & Parkes, 1970 ; Kübler-Ross, 1969) ont identifiés plusieurs phases (stades) en jeu lors de l'expérience liée à la perte. Bowlby et Parkes (1970) sont les premiers à proposer une théorie des stades du deuil, stades servant à l'ajustement du survivant. Cette théorie stadiste décrit quatre phases :

1) Phase de choc et d'engourdissement,
2) Phase de nostalgie et de recherche,
3) Phase de désespoir et de désorganisation,
4) Phase de réorganisation.

Kübler-Ross (1969) adapte la théorie des stades et distingue cinq phases (déni/dissociation/isolation, colère, incrédulité, dépression et acceptation) que le sujet subit

3.2.2. Les théories contemporaines du travail de deuil

Worden (1991) ajoute l'idée qu'il est important d'inclure, au sein des stades d'élaboration du deuil, l'acceptation de la réalité de la perte ainsi que l'expérience du chagrin engendrée par cette perte. Ces deux éléments permettent de redéfinir les relations avec le défunt et de s'ajuster à un environnement dans lequel celui-ci ne fait plus partie, pour, enfin, y retirer l'énergie émotionnelle allouée et réinvestir d'autres relations. Le travail de deuil, selon Worden (1991), s'élabore ainsi selon cinq phases. Cependant, la plupart des modèles du deuil s'articulent selon trois stades importants :

1) Une période initial de choc qui s'accompagne d'un sentiment d'incrédulité et de déni. Ce stade dure quelques semaines,
2) Une période d'acceptation de la réalité de la perte qui englobe la phase de deuil durant laquelle s'expriment d'intenses sentiments de tristesse, du désespoir, de l'anxiété, de la colère, de la solitude. Ce stade dure quelques mois,
3) Une période de réorganisation et d'acceptation durant laquelle les sentiments intense de deuil s'amenuisent, les sentiments du survivant se stabilisent, d'autres relations et activités peuvent alors être investies.

Des chercheurs (Bonanno et *al.*, 2002 ; Carr, Nesse & Wortman, 2005 ; Parkes, 2001) questionnent ces théories car, selon eux, le travail de deuil dépend également d'autres composantes telles que :

- les circonstances de la mort,
- le contexte culturel et socio-économique,
- le style d'attachement,
- la qualité de la relation avec la personne défunte.

De plus, de nombreuses études se sont intéressées aux aspects particuliers des réactions au deuil et de leur évolution au cours du temps. Dans ce sens, Bonanno et ses collaborateurs (2002) ont dégagé cinq « trajectoires » possibles du deuil entre le moment précèdent la

perte et dix-huit mois après celle-ci (le deuil commun ou normal, le deuil chronique, la dépression chronique, une amélioration durant le deuil et la résilience).

Dans une perspective constructiviste, Neimeyer et ses collaborateurs (2002) proposent un modèle d'élaboration du deuil selon divers aspects psychologiques que reflète la personne. Le «Modèle de Travail Interne »[13] repose sur des schémas mentaux que l'on aurait de soi, des autres et du monde social construit au cours du développement humain. Ces schémas œuvreraient activement dans le traitement de l'information mais, aussi, dans les rapports qu'entretient l'individu avec soi-même et avec les autres. Le « *Internal Working Model* » met en évidence que le vécu insécure de l'enfant (et ainsi son style d'attachement de type insécure) sous-tendrait la façon dont il se mettrait en relation avec soi, les autres et le monde. Ce schéma interne de la personne accorderait à la mort un caractère menaçant pour sa propre vie et sa sécurité. La personne serait, dans ce cas, encline à des réactions au deuil pénibles et compliquées. Il en irait tout autrement si la personne présentait un fonctionnement interne plus sécure.

Neimeier (2005, 2006) complète son modèle avec celui de « la reconstruction du sens » (« *meaning reconstruction* ») en mettant en exergue que l'individu doit (pour surmonter cette expérience de vie douloureux qu'est le deuil) :

a) donner du sens à la perte,

b) tirer des bénéfices de l'expérience, et,

c) réorganiser certaines de ses identités (Gillies & Neimeier, 2006).

Sans cette « reconstruction du sens », le prédicat est le développement d'une symptomatologie propre au TDP (Neimeier et *al.*, 2006).

3.2.3. La théorie des stades du travail de deuil : mythe ou réalité ?

Ces dernières décennies, ce qui semble le plus intriguer la communauté scientifique sur les aspects du travail de deuil, au regard de la dominance historique en matière de deuil, tient aux tenants empiriques (Stroebe, 1987 ; Wortman & Silver, 1989). Wortman et Silver (1989) apportent la conclusion qu'il existe relativement peu d'évidences empiriques permettant d'appréhender les issues du « travail direct » (« *working through* ») du deuil mais qu'il existe des évidences actuellement valables qui suggèrent des signes précoces d'efforts

[13] En Angl. « *Internal Working Model* » (Neimeyer et coll. 2002)

intenses dont le « travail direct » peut supporter les difficultés. Stroebe et ses collaborateurs (1992, 1994) soulignent l'idée selon laquelle l'absence de toute opérationnalisation claire de définitions en matière d'hypothèses du travail de deuil induit nécessairement de grandes difficultés d'évaluations empiriques. Dans ce sens, beaucoup de recherches ont pris appui sur les théories cognitivistes. Par ailleurs, une récente étude de Prigerson et ses collaborateurs (2007) marque un tournant dans la question souvent posée à propos de la légitimité du concept de « travail du deuil et de ses différents stades ». Pour la première fois, ces chercheurs ont tenté d'examiner expérimentalement la théorie des stades du deuil. Grâce à une étude longitudinale suivant une cohorte de 233 endeuillés, Prigerson et ses collaborateurs (2007) ont identifié les caractéristiques du deuil au cours de sa période initiale en y distinguant cinq indicateurs (l'incrédulité, l'alanguissement, la colère, la dépression et l'acceptation). Il en résulte de cette étude une définition encore plus affinée du deuil compliqué (ou trouble du deuil persistant) : « derrière le terme *compliqué*, qui se définit comme une difficulté à analyser, à comprendre et à expliquer, les troubles du deuil persistant décrivent avec exactitude des troubles mentaux spécifiques au deuil, basés sur une symptomatologie du deuil perdurant au-delà de 6 mois ».[14]

Beaucoup d'auteurs mettent en avant qu'une absence de tout signe de chagrin lors du deuil est un indicateur psychopathologique (Jacobs, 1993 ; Worden, 1991). Certains auteurs appuient même le fait que cette absence de chagrin s'exprimerait dans des formes particulières de personnalités pathologiques (Osterweis et *al.*, 1984). Cependant, dépression mélancolique, auto-accusation, effondrement de l'estime de soi, ambivalence vis à vis de l'objet perdu et identification à cet objet, permettant un éventuel abandon, ne sont que des formes possibles du deuil, ce dernier revêt en réalité plus de variétés — il est multiforme —. De plus, il n'y aurait ni universalité de l'effondrement dépressive ni indispensabilité. La personne en deuil serait alors encore capable d'amour et d'investir de nouveaux objets. Fraley et Shaver (2001) développent cette idée en postulant que les habiletés de bases chez l'adulte prennent racine dans leurs expériences douloureuses ainsi que dans leurs tentatives de négociation émotionnelle et cognitive avec la perte. Bonanno (2004) avance l'idée selon laquelle l'absence de douleur, de peine lors du deuil n'est pas forcément signe d'une pathologie psychique mais la marque d'une résilience particulière de l'individu et d'un

[14]Traduction tirée de : Prigerson, H. G., Block, S. D., Zhang, B. & Maciejewski, P. K. (2007). An empirical examination of the stage theory of grief (p. 721). *Journal of American Medical Association*, 297(7), 716-723.

déploiement, de ce dernier, fonction de sa dynamique psychologique et de mécanismes psychiques d'une singulière efficience.

3.3. La dynamique psychologique de la personne âgée et les processus psychiques à l'œuvre lors du deuil

Depuis ces dernières décennies, il existe une véritable volonté de percevoir la dynamique propre de la personne âgée, d'autant, lorsque sont en jeu sa santé psychique et sa santé physique. De nombreuses recherches n'ont eu de cesse de mettre en exergue les liens étroits qui existaient entre caractéristiques de personnalité et processus psychiques intriqués dans la survenue d'issues morbides en lien avec le deuil.

3.3.1. La personnalité et le vieillissement

Plusieurs approches théoriques de la personnalité diffèrent dans leur manière de définir et d'étudier la personnalité. Les deux principales traditions ayant le plus contribué à la compréhension de la personnalité chez les personnes âgées sont *l'approche des traits* (Costa & McCrae, 1989) et *l'approche des étapes de développement* (Erikson, 1950 ; Jung, 1931). Une troisième approche, l'approche « interactionniste » (Vezina, Cappeliez & Landreville, 1994) se centre davantage sur les effets de l'environnement socioculturel comme influançant l'évolution de la personnalité.

3.3.1.1. L'approche des traits

L'approche des traits définit la personnalité comme un ensemble de traits caractéristiques (les *traits de personnalité*), stables dans le temps et propres à chaque individu. La personnalité est définie comme une structure dynamique disposant la personne à ressentir, penser, agir à sa manière propre. Les traits de personnalité étant des entités stables dans le temps, cette approche donne à l'évolution de la personnalité, durant l'âge adulte, un caractère de stabilité. Cette approche est le support d'*inventaires de personnalité* constitués de différentes échelles mesurant des traits particuliers et dont les différents scores permettent d'établir un profil de personnalité propre au sujet (NEO-PI-R : Costa & McCrae, 1990a ; MMPI-2 : Hathaway & McKinsley, 1996). De nombreuses études ont abordé l'évolution des traits au cours de la vie adulte. Sans exclure la possibilité de changements

dans le développement sous l'influence d'événements comme la retraite ou le veuvage, les défenseurs de l'approche des traits considèrent que les individus gardent leurs traits de personnalité durant la vieillesse. L'idée de changements majeurs de personnalité chez l'ensemble des personnes au cours du vieillissement nourrit le débat. Une position intéressante est celle soulignée dans le modèle de McAdams (1995, cité par Hooker, 2002) qui postule trois niveaux constituants la personnalité, à savoir :

1) Le premier niveau est celui des traits universels qui ne sont pas liés aux contextes spécifiques et qui sont généralement stables. Ces traits conditionnent les aspects du comportement d'une personne.
2) Le deuxième niveau renvoie aux traits déterminés par les «préoccupations personnelles» ou par des caractéristiques de l'adaptation. Sont inclus, à ce niveau, les objectifs, les tâches de développement, les motivations et le «faire» (Cantor, 1990, cité par Hooker, 2002). Bien que la personnalité, à ce niveau, soit le siège de nombreux remaniements dans la construction de ses constituants, l'ensemble qui la caractérise converge vers une construction de soi plus contextualisée que les premiers traits. Au regard de toute une vie, cette partie de la personnalité permettrait de surmonter les changements considérables vécus et négociés lors de transitions normatives ou d'événements de vie particuliers.
3) Le troisième niveau constitue un ensemble de la personnalité érigé à travers l'histoire de vie comme étant une création de sens. Elle évolue continuellement au fil de l'existence.

Ces trois niveaux de personnalité ne seraient pas nécessairement liés, et, comme le soulignait Murray et Kluckholm (1953, cités par Hooker, 2002) « tout homme est à certains égards a) comme tous les hommes, b) comme à travers d'autres hommes, c) comme aucun autre homme. En outre, de nombreuses recherches ont tenté de discerner les liens qui existaient entre psychopathologie et âge. L'une des critiques avancées à ce sujet par Widigier et Seiddlitz (2002) est qu'il n'existe que trop peu d'études s'intéressant à ce lien chez la personne âgée voire très âgée ; la problématique étant surtout abordée auprès d'une population de milieu de vie. Par ailleurs, nous ne méconnaissons pas qu'à tout âge de la vie, l'homme est sans cesse en développement.

3.3.1.2. L'approche des stades du développement

L'approche des étapes de développement considère une série d'étapes séquentielles au sein de l'évolution relative à la personnalité. Cette dernière est, alors, considérée comme un système en développement passant par un ensemble de changements qualitatifs (ou de structure) à des moments particuliers de la vie (Field & Millsap, 1991). Selon Jung (1931), les orientations de la personnalité tendent progressivement vers un équilibre entre des opposés à travers la vie adulte. Dans le cadre d'une évolution adaptée de la personnalité chez les personnes âgées, cette perspective postule deux types de changements : un glissement progressif vers le monde intérieur (vers l'introversion) et une réduction des manières de penser et de se comporter associées typiquement à chaque sexe avec une adoption des caractéristiques typiques de l'autre sexe.

Dans cette perspective développementale de la personnalité, Erikson (1950) étaie la succession des stades de l'évolution comme un processus continu hiérarchisé en huit étapes, présentée dans le Tableau 3 – Les huit étapes du développement de l'identité du moi.

Tableau 3. Les étapes du développement de l'identité du moi selon Erikson (1950).

Phases	Crises	Résolution positive
Prime enfance	Confiance/méfiance	Espoir, motivation
Enfance	Autonomie/doute	Volonté, Maîtrise de soi
Age du jeu	Initiative/culpabilité	Finalité, sens des objectifs
Age de l'école	Industrie/infériorité	Compétence
Adolescence	Identité/confusion	Fidélité, dévotion
Début de l'âge adulte	Intimité/isolement	Affiliation, amour
Age adulte moyen	Générativité/stagnation	Souci des autres, productivité
Age adulte avancé	**Intégrité du moi/désespoir**	**Sagesse, renonciation**

Chaque étape représente une crise émotionnelle caractérisée par un conflit entre des tendances opposées. La résolution positive d'une étape est cruciale pour la résolution des étapes suivantes. Un conflit non résolu de manière satisfaisante continuera à mobiliser de l'énergie et sera cause de difficultés psychologiques adaptatives. En ce qui concerne la période de l'âge adulte avancé, la question centrale concerne le conflit entre l'intégrité du moi et le désespoir. La résolution positive du conflit correspond à la capacité d'intégrer puis d'évaluer les stades précédents de la vie dans une juste perspective et avec sérénité. Elle permet le développement de la sagesse, définie par Erikson comme une attitude sereine et sans anxiété à l'égard de la vie et de la mort. En revanche, le versant négatif se traduit par le

fait d'apprécier son existence comme une série de chances échues et de mauvais choix, ainsi que par la crainte de la mort, par l'amertume et par le regret. D'autres études ont appuyé les hypothèses formulées par Jung (1931) et Erikson (1950) en fournissant des arguments supplémentaires en faveurs de certains changements normatifs de la personnalité à l'âge adulte avancé. En outre, il s'agit davantage d'aborder les traits de personnalité comme support de plasticité dans le jeu développemental de la personnalité tout au long de la vie – il y aurait ainsi une continuité des changements au niveau des traits de personnalité, même à un âge avancé (Helson et *al.*, 2002 ; Roberts et *al.*, 2006 ; Srivastava et *al.*, 2003, cités par Gomez, Krings, Bangerter & Grob, 2009). Ces changements prennent racine dans les liens qu'entretiennent la personnalité, le bien-être subjectif ainsi que les évènements de vie positifs et négatifs à travers les âges (Gomez, Krings, Bangerter & Grob, 2009).

3.3.1.3. L'approche interactionniste de la personnalité

Dans la lignée d'Allport (1937, cité par Griffo & Colvin, 2009), de Murray (1938, cité par Griffo & Colvin, 2009) et de Cattell (1965, cité par Griffo & Colvin, 2009), Vezina, Cappeliez et Landreville (1994) adoptent une perspective « interactionniste » de la personnalité qui est, dans cette acceptation, un processus continu, alliant stabilité et changement, impliquant une interaction entre la personne et son milieu socioculturel. Ces chercheurs mettent l'accent sur le fait que la personnalité, à l'âge adulte, se façonne selon l'impact des facteurs du milieu social. Cette perspective s'appuie sur les recherches illustrant le rôle moteur que jouent les évènements de vie difficiles et le stress, ainsi que la reconnaissance par la personne de la nécessité du changement, dans l'évolution de la personnalité. Comme le souligne Hooker (2002), nous ne pouvons considérer la personnalité sans les effets de contexte qui engendrent non seulement une évolution au sein de la dynamique psychologique d'une personne mais également de tout un ensemble d'individus (effet de cohorte) à la lumière des différentes époques de l'histoire humaine.

La personnalité est un constituant fondamental de tout individu. Selon ses différentes expressions, elle sous-tendra tel ou tel type de mécanismes psychiques adaptatifs face aux contingences de la vie. Nous pouvons distinguer, nous semble-t-il, deux types de mécanismes à l'œuvre lors d'un vécu de perte : des mécanismes psychiques généraux et un mécanisme psychique spécifique à la personne âgée qui est celui de la

réminiscence. Apprécions, dès à présent, leurs caractéristiques et leurs particularités au service de l'équilibre psychique de la personne âgée.

3.3.2. Les mécanismes psychiques en jeu lors du deuil

3.3.2.1. Les mécanismes psychiques généraux en jeu lors du deuil

La **mentalisation** est un processus psychique renvoyant à une succession d'étapes inconscientes permettant l'adaptation consciente au changement général. Pour qu'il puisse y avoir mentalisation, il faut d'abord que le sujet accède à une représentation de l'objet en jeu puis à sa symbolisation – ici est considéré l'objet perdu (Bacqué, 1997 ; Dollander & de Tychey, 1999 ; Hanus, 2000). Dans le travail de deuil, une première étape essentielle est la mise en représentation comme « un processus d'élaboration et d'utilisation d'une image mentale stable de la chose à la place de la chose » (Lecours & Bouchard, 1997). Cette étape permet de dépasser l'état de sidération initial. Ce mécanisme psychique permet alors au sujet d'être face à la réalité et à sa propre mort. Le jeu de ces représentations qui se forment mentalement pour tenter de donner du sens à la perte, à l'objet perdu, ne peut servir sans le concours d'un autre mécanisme qu'est la **symbolisation**. Cette dernière est un processus, non plus de mise en représentation mais de mise en lien(s) entre la réalité externe traumatique et la réalité interne du sujet. La symbolisation lie les représentations et les affects inhérents au traumatisme vécu. Pour garantir son efficience, elle s'élabore en deux temps :

1) la symbolisation autour de l'objet perdu,
2) la symbolisation autour des affects liés à cette perte.

A la suite de quoi se met en place une mise à distance de l'objet perdu. Enfin, l'étape processuelle ultime est la mentalisation en tant que telle. Il devient possible pour l'endeuillé d'élaborer une « classe générale d'opérations mentales incluant les représentations qui circulent dans l'espace imaginaire, la symbolisation conduisant à une transformation et à une élaboration des expériences pulsionnelles chargées d'affects en structure mentale de mieux en mieux organisée » (Lecours & Bouchard, 1997).

Les **affects de dépressifs** comme la tristesse induisent l'absence de désir pour soi-même et pour autrui. Ces affects prennent racines dans un désinvestissement libidinal, dans une réactualisation de l'ambivalence vis à vis du défunt ainsi que dans une intériorisation de l'objet perdu et une identification. La culpabilité devient, dès lors, une caractéristique

fréquente lors du deuil (Bacqué, 1997 ; Dollander & de Tychey, 1999 ; Hanus, 2000). De cet effondrement psychique, le syndrome dépressif peut advenir comme une réaction possible à la perte. La lourde tâche mentale de l'endeuillé réside, alors, en un véritable travail de déculpabilisation afin d'accepter la perte.

La perspective d'évolution à travers différentes étapes du processus psychique lors du deuil fait écho à un autre mécanisme très particulier qui est celui de la résilience. La **résistance ou résilience**, durant la perte, renvoie aux mécanismes qui permettent de dépasser, de « rebondir » face à l'obstacle d'un évènement de vie pénible. Comme le souligne Norris, Tracy et Galea (2009), ce concept a suscité un fort intérêt pour les recherches axées sur les capacités psychiques adaptatives lors de traumatisme ou de stress. Dans cette perspective, Bonanno (2004) soutient l'idée selon laquelle la capacité de résilience est le fruit d'une récupération psychique, ponctuée de périodes transitoires de dysfonctionnement, qui a permis de retrouver l'état d'équilibre psychique avant la survenue de l'évènement traumatique. Cet auteur développe cette idée de la résilience en arguant que l'absence de réactions négatives lors d'un deuil n'est pas nécessairement une réaction « anormale » portant une teinte morbide mais reflète davantage un haut niveau d'adaptation psychique possible grâce à la particulière efficience de ce mécanisme. D'une manière générale, la notion de résilience traduit l'idée que les individus puissent surmonter les évènements de vie négatifs malgré la présence de facteurs de risque significatifs. En revanche, les conceptions stéréotypées concernant la personne âgée soutiennent que cette période de la vie n'est pas caractéristique d'une grande résilience face aux adversités qui se multiplient (Staudinger et *al.*, cité par Nakashima & Canda, 2005). Toutefois, il existe différentes possibilités d'être résilients comme déployer une certaine ténacité pour réagir de manière proactive à la crise de mourir et de la dépasser dans le grand âge, atteignant avec succès un niveau élevé de qualité de vie (Nakashima & Canda, 2005). Un des supports de résilience lors du vieillissement est la création du récit de vie, appelé également réminiscence qui, couplée à la relecture de vie ou rétrospective de vie comme un moyen ultime d' « analyse systématique » permet, à la personne âgée, une ultime résolution de ses conflits existentielles latents (Gana & Mezred, 2009).

3.3.2.2. Le mécanisme psychique spécifique à la personne âgée lors du deuil : la réminiscence

La réminiscence est un processus d'émergence de souvenirs dans un contexte relationnel. Butler (1963, cité par Gana & Mezred, 2009) a introduit ce processus lors d'études portant sur la « relecture de la vie » et son implication dans la pathologie du sujet âgé. Il est également l'un des précurseurs de travaux portant sur les démences. Cependant, bien vite, d'autres cliniciens et chercheurs se sont centrés sur ce concept, démontrant ainsi son rôle pour la santé et pour le développement d'une nouvelle forme de thérapie (Cappeliez, 2002 ; Cappeliez & Watt, 2000 ; Zeiss & Steffen, 1996). Cette rétrospective particulière de la vie suppose la résolution de problèmes, la compréhension de soi et la perception de soi. Elle s'inscrit dans un contexte social, émotionnel et motivationnel (Staudinger, 2001). Des investigations ont mis en avant que l'âge avancé est une période durant laquelle les personnes s'investissent le plus dans la réminiscence et dans la réflexion du sens à donner à la vie (Erikson, 1950 ; Butler, 1963, cité par Gana et Mezred, 2009). De nombreux travaux en psychologie cognitive et en psychologie du développement se sont penchés sur les enjeux de la mémoire autobiographique dans le travail psychique de relecture de vie.

Les différents types de réminiscences

Un consensus semble avoir récemment émergé en ce qui concerne la terminologie et la classification fonctionnelle des différents types de réminiscences (Webster & Haight, 1995). Différentes taxonomies s'accordent autour d'un système en six catégories comme modèle de base. Webster et Haight (1995) ont identifié huit types de réminiscences selon leur fonction particulière au sein de la psyché : réminiscence intégrative, instrumentale, transmissive (ou instructive), narrative, d'évasion, ruminative (ou obsessionnelle), d'intimité ou préparative. Les classifications de types de réminiscence selon leur fonctionnement peuvent s'apprécier dans le Tableau 4.

Les travaux de Watt et Wong (1991) ont mis en avant que la réminiscence intégrative et la réminiscence instrumentale sont associées à des indices d'une meilleure adaptation psychologique chez la personne âgée. Ce qui a valu une promotion particulière de ces deux types de réminiscence pour aider ces personnes emprises à la dépression (Watt & Cappeliez, 1995). Dans ce contexte, la **réminiscence intégrative** se traduit par :

- une acceptation du passé auquel sont attribuées signification et valeur ;

- une acceptation des expériences négatives et une intégration avec le présent ;
- une réconciliation de la réalité avec l'idéal ;
- une réconciliation avec les situations conflictuelles du passé ;
- un rappel d'expériences qui ont contribué au développement des valeurs personnelles et du sens de l'existence ;
- une édification d'un sentiment de cohérence dans le passé et dans le présent.

La **réminiscence instrumentale** se caractérise par :

- une remémoration d'objectifs de vie et d'activités dirigées vers des buts ;
- un recours aux expériences du passé pour résoudre des problèmes présents ;
- une remémoration d'épisodes d'adaptation à des difficultés rencontrées.

Tableau 4. Les différents types de réminiscence et leur fonction.

Type de réminiscence	Fonction
Intégrative	Découvrir la signification et la continuité de l'existence.
Instrumentale	Profiler des expériences du passé pour résoudre les problèmes présents et s'adapter.
Transmissive	Transmettre une histoire instructive.
Narrative	Raconter une histoire.
d'Evasion	Se réfugier dans le « bon vieux temps » et échapper au présent.
Ruminative	Ressasser les évènements dérangeants du passé.
Intime	Volonté de maintenir le contact avec une personne désorientée en gardant vivant le souvenir.
Préparative	Souvenirs qui émergent en lien avec la perspective de la mort ou de la question relative à la vie qui se termine.

Réminiscence, vieillissement et dépression

Certaines fonctions des réminiscences auraient une importance plus accrue chez la personne âgée car la consolidation de l'identité (Webster, 1994 ; Gaucher, 1996) et la transmission des expériences de vie (Cappeliez, Lavallée & O'Rourke, 2001) y sont en jeu. Cependant, certains types de réminiscence desservent l'adaptation psychologique de la personne âgée. Il n'est pas toujours évident que la meilleure forme de réminiscence soit utilisée car certaines, comme celle ruminative, peuvent avoir des conséquences fâcheuses chez le sujet vieillissant. Comme nous l'avons souligné plus haut, il semblerait que les

réminiscences intégrative et instrumentale joueraient un rôle primordial pour aider ces personnes à faire face à leur souffrance. Pour resituer les choses, l'approche cognitive considère que la vulnérabilité à la dépression prend racine dans certains schémas cognitifs développés précocement pendant l'existence. Lorsque la personne vulnérable fait face à un événement de vie difficile qui sollicite ses ressources adaptatives (typiquement face à une situation de perte), des schémas dépressogènes sont activés (Cappeliez, 1993). L'interprétation des évènements de vie passés, présents et futurs est systématiquement biaisée, conduisant, à travers la distorsion cognitive, à une spirale de pensées négatives qui alimente la dépression. L'objective de la réminiscence transmissive est précisément « d'enclencher une réinterprétation de certains évènements du passé, de leurs causes et de leurs conséquences » (Capeliez & Watt, 2003). Concernant la réminiscence intégrative, il est question de redonner des moyens au sujet âgé afin que la vision négative qu'il a de lui « trouve une signification et une portée nouvelle à lumière du savoir, de la perspective et des préoccupations du présent, en vue d'une meilleure adaptation » (Capeliez & Watt, 2003). La réminiscence instrumentale permettrait, quant à elle, de retrouver une estime de soi, un sentiment de contrôle et d'auto-efficacité grâce à la remémoration d'épisodes de vie négatifs qui avaient trouvé leur résolution. La réminiscence narrative est davantage le siège de souvenirs teintés d'affects positifs (Cappeliez, Guindon & Robitaille, 2008). Cependant, nous ne pouvons faire abstraction du rôle de la mémoire, de la qualité de ses souvenirs ainsi que de leurs limites.

Réminiscence et mémoire biographique chez le sujet âgé

Des recherches font le *distingo* entre mémoire autobiographique et mémoire de réminiscence. La mémoire autobiographique renvoie aux concepts de soi, relatif au fonctionnement social et à des fonctions directives (Bluck & Alea, 2002). La mémoire relative à la réminiscence souligne des processus universels de retour progressif et conscients aux expériences passées qui permettent la résurgence de conflits irrésolus. D'après certains auteurs, dans ce dernier type de mémoire, il y aurait un large degré de chevauchement des fonctions suggérées (Webster & Haight, 1995). Ces deux types de mémoires seraient complémentaires (Webster, 2003). Cependant, certains s'accordent à penser que la mémoire ne serait qu'une reconstruction d'évènements passés, perdant leur authenticité. D'autres soulignent le fait qu'il puisse y avoir une propension chez le sujet âgé à refléter des souvenirs surtout positifs ; il y aurait une altération due à la nature du contexte de

remémoration (McGregor & Holmes, 1999). Il n'empêche que cette couleur positive de la réminiscence participerait de manière importante à l'efficience adaptative et au bien-être psychologique de la personne âgée (Cappeliez, Guindon & Robitaille, 2008).

Malgré le grand âge, les stress et les traumatismes subis, la personne est pourvue de ressources adaptatives propres qui lui permettent de maintenir un bien-être psychologique. Ces ressources ont parfois leurs limites comme nous venons de le souligner. A la lumière de tout ce développement, il nous semble essentiel de poursuivre nos interrogations quant aux conséquences du traumatisme du deuil sur la pensée de l'endeuillé et, ainsi, comprendre un syndrome bien particulier qu'est celui de la pensée répétitive.

3.3.2.3. Le traumatisme comme support de la répétition psychique

Selon la profondeur du mécanisme psychique considéré, les auteurs utiliseront soit la notion d'automatisme de la pensée, comme processus plus proche de la conscience, soit de répétition psychique, comme processus inconscient, à l'œuvre lors de la survenue d'un traumatisme d'une telle violence que l'individu est pris dans un tourbillon de pensées négatives continuellement réitérées qu'il ne peut dépasser. Nous nous attarderons davantage, dans la perspective de la singularité de la dynamique psychique de la personne endeuillée, à comprendre le mécanisme de répétition psychique.

Mécanisme de répétition psychique ou « compulsion de répétition » (Chérifi, 2008), ce phénomène renvoie, lorsqu'un évènement est vécu comme traumatique, et, ceci n'est qualifiable qu'à travers la subjectivité de la personne, à une recherche effrénée de sens comme pour restaurer l'infraction psychique subie. La répétition psychique peut enfermer la personne dans un schéma de pensée douloureux, comme elle peut recouvrir des aspects salutaires dans le sens où il s'agit d'une quête vers la reconquête d'un équilibre psychique perdu. Chérifi (2008) précise que «la répétition pourrait être un moyen de créer incessamment des liaisons pulsionnelles au sein d'un appareil psychique aux prises avec le vide, le néant ». Le jeu de liaison-déliaison concourrait à activer, à un moment donné, un véritable « travail de restauration psychique » d'où adviendraient des associations donnant naissance à la parole, au récit de vie. Ce dernier adhère à un système de représentations permettant de construire du sens et de dépasser la douleur vécue (Chérifi, 2008). Il se créerait, dès lors, des liens psychiques suffisants entre le vécu subjectif et la réalité

3.3.3. Reconstruire du sens lors du deuil

La reconstruction du sens est un travail psychique fondamental pour dépasser la douleur du deuil. Elle permet, dans le jeu des signifiants, d'établir de nouveaux schémas de pensées qui permettront à l'endeuillé, grâce à des processus bien particuliers, de retrouver un bien-être psychique.

3.3.3.1. Le modèle de reconstruction du sens (Neimeyer, 2001)

Ce modèle, proposé par Neimeyer (2001), est issu du courant constructiviste. Il postule que la relation avec le défunt est activement remémorée et redéfinie au fil du temps, sa représentation n'est jamais complète. Ces constructions de sens sont générées à travers le récit. Elles prennent la couleur personnelle, familiale, culturelle et du vécu de la personne endeuillée (Neimeyer, Prigerson & Davies, 2002). Les individus élaborent des systèmes uniques de sens qui participent alors à l'adoption de tel ou tel comportement et de telle ou telle perception. En principe, ces systèmes de signification sont guidés par une cohérence interne ainsi que par les croyances culturelles actuelles permettant d'assurer une perception de sécurité envers le monde. En outre, si l'expérience vécue n'entre pas dans le système de sens, élaboré par l'individu, son vécu en sera d'autant plus problématique. Quand un proche meurt subitement, de façon inattendue, ou à un jeune âge, les systèmes sont menacés. L'endeuillé doit alors s'adonner à un processus de reconstruction de sens et de ses systèmes pour rendre acceptable la perte (Lister, Pushkar & Connolly, 2008). Lors du deuil, la reconstruction de la signification est un processus central (Neimeyer, 1998, cité par Lister, Pushkar & Connolly, 2008). Comme le soulignent Lister et ses collaborateurs (2008), des études connexes ont suggéré que la recherche d'un sens à donner à la perte est un élément important dans le deuil. En effet, si l'on considère la douleur que suscite la perte d'un être cher, l'application de ce modèle s'apprécie selon six propositions (Neimeyer et *al.*, 2000, cités par Lister, Pushkar & Connolly, 2008) :

1) le décès peut valider ou invalider des constructions que nous avons à propos de la mort ou peut être une expérience pour laquelle nous n'avons pas de constructions encore établies ;

2) la douleur est une idiosyncrasie ; elle est intimement liée à qui nous sommes. Elle se rapporte, dans ce sens, à l'auto-narration à travers laquelle on se demande qui on est par rapport à cette perte ;
3) le deuil est quelque chose que nous éprouvons et expérimentons. Nous ne sommes pas toujours maître de nous-mêmes dans la manière de réagir, de refuser ou de s'engager activement dans « le travail de deuil » ;
4) le deuil est un acte d'affirmation ou de reconstruction de sens créé par la perte. Ce processus implique la narration de soi et la nécessité de partager avec «l'autre» pour que la perte soit reconnue ;
5) les affects ont pour fonction de susciter l'effort psychique en vue de faire sens. Au lieu de considérer les affects comme seuls symptômes de détresse ou de psychopathologie qu'il faut soigner, ils devraient être considérés comme des expressions vitales qui tendent vers la recherche d'une signification. Ils rendent compte de processus difficilement observables ;
6) Les identités de soi continuent à être reconstruites selon les négociations que l'on en fait.

La perte est, dès lors, une expérience individuelle et personnelle qui s'inscrit au sein d'une sphère sociale plus large (Lister, Pushkar & Connolly, 2008).

3.3.3.2. Les hypothèses du processus de la reconstruction du sens

La reconstruction du sens repose sur cinq grandes hypothèses générales (Neimeyer, 2001) :

a) La vérité narrative (*narrative truth*) renvoie au fait que la réalité extérieure n'est pas signifiante en elle-même pour l'individu, par contre, ce qu'il crée et définit par la construction du récit de son vécu l'est. Les vérités narratives sont plus importantes que celles « objectives » parce qu'elles reflètent un effort visant à donner du sens et à créer une histoire véritable de notre vécu (Lister, Pushkar & Connolly, 2008).
b) Le discours et la rhétorique (*discourse and rhetoric*) importent dans le sens où ils permettent de rendre communicable et compréhensible un récit porteur de sens. L'idée de cette hypothèse est que la personne est active face à la mort tout en employant un canal passif qu'est le discours (Neimeyer, 2000, cité par Lister, Pushkar & Connolly, 2008).

c) La troisième caractéristique est la dimension tacite (*tacit*) qui appartient au langage, dans le sens où le processus de recherche de sens est un processus logique et articulé. Cependant, Neimeyer (2000, cité par Lister, Pushkar & Connolly, 2008) soutient que bon nombre de nos constructions de la réalité sont verbalement inexplicables. Dans ce contexte, elles ne se prêtent pas à l'articulation logique. Ces constructions reflètent davantage les émotions, les intuitions ou d'autres expériences abstraites (Lister, Pushkar & Connolly, 2008).

d) La quatrième hypothèse est la relation à soi (*relational self*) ou auto-narration qui est la manière avec laquelle on se définit. Elle suit une évolution constante selon les situations, le temps qui passe et les personnes que l'on rencontre. Notre auto-narration est remplie de contradictions, de fragmentations et de conflits qui, selon le modèle, ne connaissent pas nécessairement l'issue de la résolution. Bien au contraire, ces conflits peuvent être des catalyseurs permettant qu'advienne une histoire interne nouvelle et plus complexe (Lister, Pushkar & Connolly, 2008).

e) La dernière hypothèse est celle de l'épistémologie évolutionniste (*evolutionary epistemology*) qui postule en une auto-évolution narrative à travers le temps et les contextes. Après la perte, la personne endeuillée expérimente de nouvelles manières d'être, de nouvelles identités ainsi que de nouveaux comportements. L'ensemble tendra vers l'équilibre d'une identité. De ces expériences grandissent divers aspects de soi. La reconstruction du sens ne concerne pas seulement le résultat ou un but à atteindre, mais elle se porte tout autant sur le processus et l'activité même de trouver un sens (Neimeyer, 2000, cité par Lister, Pushkar & Connolly, 2008).

La reconstruction du sens est un maillage complexe qui s'élabore par l'endeuillé, à travers et autour de la perte grâce à la reconnaissante apportée par autrui. Neimeyer et ses collaborateurs (2006) précisent que le sens donné à la perte et l'attachement continu au défunt entretiennent des liens solides, sources de détresse de séparation d'autant plus lorsque le survivant est incapable de donner un sens à la perte d'un point de vue personnel, pratique, existentiel ou spirituel.

A la lumière de ces considérations, l'avance en âge est synonyme de remaniements psychiques qui nécessitent au fur et à mesure des réajustements quant aux sens que l'on se prête, qu'on prête aux autres ainsi qu'aux évènements qui peuplent nos vies. Construire ou reconstruire du sens lorsqu'on est âgé et qu'on est face à la perte douloureuse d'un être cher n'est pas une entreprise simple. Malgré l'expérience accumulée, les fragilités le sont tout autant.

Chapitre 4. Problématique et objectifs généraux

L'objectif principal des études réalisées dans le cadre de cette thèse est de contribuer aux travaux déjà initiés par les chercheurs anglo-saxons (Prigerson et *al.*, 2009) concernant le trouble du deuil persistant (TDP). Le deuil et ses complications risquent de devenir un problème majeur de santé publique à cause de l'évolution démographique due à une espérance de vie de plus en plus longue. Actuellement les proportions mondiales des personnes âgées de plus de 64 ans et de moins de 15 ans sont respectivement de 4% et 42% (Haub, 2003, 2005, 2006; Thouez, 2001). Cependant selon ces mêmes sources, la proportion des personnes âgées approche celle des adolescents sur le sol européen (on y compte 16% de plus de 64 ans et 17% de moins de 15 ans). Comme le soulignent Prigerson et ses collaborateurs (2009), étant donné que l'avancement en âge augmente le risque de perdre son conjoint et autres parents par mort naturelle, les personnes âgées constituent une population exposée au deuil et à sa complication. En effet, selon l'INSEE, 84% des décès enregistrés en 2006 frappent des personnes âgées de 60 ans et plus. Ainsi, c'est auprès des personnes âgées que la probabilité du deuil et de sa complication est malheureusement la plus forte.

L'enjeu étant de contribuer à l'évaluation ainsi qu'à la compréhension des mécanismes psychologiques en jeu lors du deuil chez la personne, et, plus particulièrement, chez la personne âgée. Evaluer les complications du deuil et en comprendre certains effets de la personnalité tels sont les objectifs principaux de cette thèse. Pour ce faire, nous avons réalisé trois études empiriques. La première se propose d'adapter et de valider une mesure du trouble du deuil persistant (TDP), forme ultime du deuil compliqué. Comme le souligne Workman (2009), la reconnaissance par le *DSM* du syndrome du TDP est une nécessité aussi bien pour la recherche que pour la pratique clinique. Tôt ou tard, une telle reconnaissance soulèvera le lancinant problème des mesures diagnostiques de ce trouble ainsi que de leur validation transculturelle. L'objectif de cette première étude est d'élaborer une version française de l'IDC-R, d'en vérifier les qualités psychométriques (fiabilité des scores, stabilité temporelle, potentiel différentiateur, validité de construit, validité prédictive, validité de structure) et d'en définir les scores cliniquement significatifs. La seconde étude se propose de soumettre à l'épreuve des faits un modèle explicatif du Trouble du Deuil Persistant mettant en jeu les dimensions de la personnalité telles que définies par le modèle

biopsychosocial de Cloninger (1986, 1987, 1988, 1993 ; cité par Hansenne, 2007) ainsi que les ressources psychologiques et les styles défensifs du sujet. De plus, le constat, dressé par Bonanno (1999) lorsqu'il écrivait que «les dispositions de la personnalité au sein des différences individuelles sont souvent cités parmi les prédicteurs les plus probables de la sévérité de la douleur liée à la perte d'un être cher ... En dépit de cette hypothèse commune, il y a eu, cependant, étonnamment peu de recherches systématiques sur le rôle de la personnalité lors du deuil »[15] (p.41) n'a pas tellement changé. Pourtant, plusieurs modèles théoriques reconnaissent l'importance de la personnalité (et du concept de soi) dans le développement du deuil et de ses complications. En revanche, à notre connaissance et à en croire la base de données bibliographiques PsycINFO[16], il n'existe aucune recherche portant sur les liens entre le deuil et le modèle biopsychosocial de la personnalité de Cloninger. Plutôt qualitative car reposant sur des études de cas, la troisième étude se propose de rendre compte de la douleur du deuil persistant à travers l'analyse du ressenti spécifique à cette épreuve de la vie exprimé par les sujets et à travers l'examen des profils de leurs personnalités pathologiques dégagés par l'entremise du Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) (Hathaway & McKinley, 1996).

Ainsi, ce travail a été animé et guidé par une triple exigence: une exigence scientifique afin d'apporter des éléments solides de compréhension quant aux particularités du TDP, cette douleur sourde et têtue (ses mécanismes internes, ses prédicteurs, ses manifestations), une exigence pour la pratique de terrain par la mise à disposition d'un savoir et d'un outil diagnostic permettant d'identifier et de prendre en charge spécifiquement les personnes enclines au TDP, et, enfin, une exigence sociale dans la mesure où nous espérons pouvoir offrir des moyens de prévention en termes de santé mentale, et, plus largement, de santé publique.

[15] «*individual differences in personality disposition are often cited among the most likely predictors of grief severity… Despite this common assumption, however, there have been remarkably little in the way of systematic research on the role of personality in bereavement»*

[16] L'interrogation de cette base a été réalisée en utlisant les combinaisins suivantes : (Bereavement OR grief OR Mourning) AND (temperament and character inventory) ; (Bereavement OR grief OR Mourning) AND TCI.

Partie II

De la validité empirique concernant le Trouble du Deuil Persistant (TDP) : Aspects quantitatifs et qualitatifs

Chapitre 5 : La validation d'une mesure du TDP (Prigerson et coll., 1995, 2000, 2004)

Valider un construit demande une démarche rigoureuse dans son opérationnalisation. La question fondamentale que se pose tout chercheur est « mesurons-nous bien ce que nous cherchons à mesurer ? ». En ce qui concerne le deuil, ou plutôt les deuils, tout en ensemble de mesures existe distinguant les réactions générales du deuil des réactions plus spécifiques. Avant même d'étayer notre démarche de validation d'une mesure du TDP, il nous semble important de décrire les mesures du deuil pour en dégager la pertinence de l'ICG-R.

5.1. Les mesures du deuil

L'enjeu de toute théorisation se tient dans son opérationnalisation. Nous proposons, dans ce qui suit, d'établir un état des lieux de la mesure du deuil et de ses particularités. Considérer la mesure d'un phénomène psychologique doit nous amener à être humble dans l'appréhension de ce phénomène. La mesure n'est qu'un reflet possible du phénomène psychologique étudié qu'est le deuil.

5. 1. 1. Des échelles psychiatriques

Nous citerons trois principales échelles utilisées dans le domaine de la psychiatrie lors de l'évaluation des expressions symptomatiques du deuil :

1. Symptom Checklist - R (SCL-90) ou Checkliste de symptômes révisée (Derogatis, 1977) évalue un large éventail de plaintes psychologiques. Il permet ainsi de rendre compte de la sévérité ainsi que de l'intensité, toutes deux relatives à la détresse psychologique en lien avec un ensemble de symptômes.

2. Brief Symptom Inventory (BSI) ou Inventaire des symptômes au deuil (Derogatis & Melisaratos, 1983) dérive du SCL-90-R. Cet instrument permet

d'appréhender la détresse psychologique. Il est très utilisé en milieu clinique afin d'évaluer la santé mentale de patients.

3. Beck Depression Inventory ou Inventaire de dépression de Beck (Beck & Steer, 1993 ; Beck, Steer & Brown, 1996) évalue la symptomatologie de la dépression, selon les critères diagnostiques du *DSM-IV*, auprès des adolescents et des adultes.

Il s'agit de mesures non spécifiques mesurant un phénomène du deuil selon un corpus psychiatrique. Ces différentes échelles quantifient le degré psychopathologique du deuil. Or, le deuil est une réaction « normale » à la perte, réaction qui peut recouvrir dans certains cas une symptomatologie psychiatrique. Les symptômes du deuil forment un cluster bien distinct souvent associé à la dépression (Boelen & Van Den Bout, 2008 ; Bonanno & Kaltman, 2001 ; Ito, Tomita, Hasui et al., 2003 ; Maercker, Forstmeier, Enzler et *al.*, 2008 ; Prigerson, Cruess & Lichtenthal, 2004 ; Simon, Shear, Thompson et *al.*, 2007 ; Stroebe, Van Son, Stroebe et *al.*, 2000), à l'anxiété (Boelen & Van Den Bout, 2008 ; Maercker, Forstmeier, Enzler et *al.*, 2008 ; Simon, Shear, Thompson et *al.*, 2007 ; Stroebe, Van Son, Stroebe et *al.*, 2000), au trouble du stress post-traumatique (Pivar & Field, 2004 ; Simon, Shear, Thompson et *al.*, 2007), à la rumination (Ito, Tomita, Hasui et *al.*, 2003 ; Smith & Alloy, 2009) ainsi qu'à des troubles somatiques (Chen, Prigerson, Kasl et *al.*, 1999 ; Prigerson et *al.*, 1995 ; Silverman, Jacobs, Kasl et *al.*, 2000) pour en citer quelques uns.

5. 1. 2. Les mesures des réactions générales au deuil

Comme le soulignent Tomita et Kitamura (2002), l'évaluation psychologique du deuil s'appréhende, en général, par les mesures des aspects sévères de réactions internes telles que la tristesse (*sadness*), la recherche du défunt (*searching for the deceased*), les pleurs (*crying*) et la nostalgie (*yearning*). Certains instruments s'attachent particulièrement à appréhender le comportement des individus endeuillés, leurs ressources de *coping* et leurs capacités de réajustement, d'adaptation après cet évènement de vie. Dans ce sens, les mesures les plus utilisées sont le Texas Inventaire du Deuil Révisé (Texas Revised Inventory of Grief, TRIG), l'Inventaire de l'Expérience de Deuil (Grief Experience Inventory, GEI), l'Echelle de Mesure du Deuil (Grief Measurement Scale, GMS), les Items Essentiels du Deuil (Core Bereavement Items, CBI) ainsi que d'autres mesures secondairement utilisées dans les

recherches portant sur le deuil. Afin de comprendre ces mesures, attachons nous à les décrire pour mieux concevoir ce qu'elles opérationnalisent comme particularités du deuil.

5.1.2.1. Le Texas Revised Inventory of Grief (TRIG)

Le TRIG (Faschingbauer, DeVaul & Zisook, 1987 ; adapté en français par Paulhan & Bourgeois, 1995) est une autoévaluation qui mesure l'étendue d'un deuil irrésolu. Cet inventaire est la version finale améliorée du TIG (Texas Inventory of Grief) qui se base sur l'ETIG (Expanded Texas Inventory of Grief). Il se constitue de deux échelles : une relative au comportement passé (8 items du type : ex. « j'ai eu des difficultés à dormir après sa mort ») et une relative aux émotions présentes associées au deuil (13 items du type : ex. «je ne peux pas accepter sa mort »). Le mode de réponse s'élabore sur une échelle en 5 points de type likert de 1 « complètement vrai » à 5 « complètement faux ». Faschingbauer et ses collaborateurs relèvent une consistance interne (l'alpha de Cronbach) de .77 à .87 pour l'échelle de comportement passé et de .69 à .89 pour celle des émotions présentes associées à la perte. Ainsi, le TRIG permet d'évaluer l'intensité des réactions face à la perte d'un être cher et de dégager la sévérité des troubles engendrés par le deuil. Cependant, cet instrument ne permet pas de distinguer le deuil normal et le deuil pathologique. De plus, Bourgeois (2006) souligne les limites de cet inventaire et les précautions à tenir car certains items du TRIG présentent peu de variations et leur formulation recouvre les caractéristiques de la dépression (ce qui porte atteinte à la validité discriminante de l'outil).

5.1.2.2. Le Grief Experience Inventory (GEI)

Le Grief Experience Inventory (Sanders et *al.*, 1979) se compose de neuf sous échelles mesurant le désespoir, la colère, la culpabilité, l'isolation sociale, la perte de contrôle, la rumination, la dépersonnalisation, la somatisation et l'angoisse de mort. Trois échelles sont relatives au déni, aux réponses atypiques et à la désirabilité sociale. Cet inventaire se compose de 135 items (mais il existe également une version à 104 items), chaque item représente une phrase simple du type : ex. « je me sens agité ». Le sujet doit répondre par « vrai » ou par « faux ». L'analyse factorielle révèle trois facteurs : F1-le deuil général, F2-une forme profonde et sévère du deuil et F3-un optimisme volontaire. La consistance interne varie de .52 à .81 Le GEI, comme le remarquent Tomita et Kitamura (2002), ne contient aucun item relatif à la tristesse et aux pleurs, éléments pourtant présents et reconnus dans

le deuil. Bien des critiques sont soulevées concernant le GEI (Bourgeois, 2006) comme le format de réponse, la nature de certains items, etc.

5.1.2.3. Le Grief Measurement Scale (GMS)

Jacobs et ses collaborateurs (1986) ont développé un dispositif d'évaluation, à l'aide de la pratique de l'entretien, pour mesurer le deuil, dispositif basé sur la théorie de l'attachement : le Grief Measurement Scale (GMS, qui inspira Prigerson et ses collaborateurs dans l'élaboration de l'inventaire du deuil compliqué, 1995b). Trente huit items composent le GMS. Ils sont regroupés selon quatre facteurs :

F1- la tristesse, la solitude et les pleurs,

F2- l'engourdissement et la perte de croyance,

F3- la perception et la recherche,

F4- la douleur et la nostalgie.

La consistance interne de l'instrument varie de .84 à .86. Les personnes endeuillées présentent un score beaucoup plus élevé aux indices d'angoisse de séparation et de symptômes dépressifs que les personnes non endeuillées.

5.1.2.4. Le Core Bereavement Items (CBI)

Une approche unique de la mesure du deuil a été développée à travers le Core Bereavement Items (qui s'inspire du Bereavement Phenomenology Questionnaire (BPQ), Byrne et Raphael, 1994). Burnett et ses collaborateurs (1997) ont voulu, à travers cet instrument, identifier l'essence même des symptômes du deuil. Le CBI sous-tend sept facteurs : l'image et la pensée, la sensation de la présence, les rêves, la séparation aigue, le deuil, la non résolution/le conflit et la résolution personnelle. Les auteurs ne retiendront, sur la base de la fréquence des symptômes, que les trois facteurs les plus pertinents (l'image et la pensée, la séparation aigue et le deuil) pour la forme définitive du CBI. Ainsi, dix-sept questions (du type : ex. « est-ce que X vous manque ? ») forment le CBI, questions auxquelles le sujet répond selon une échelle de fréquence en quatre points. La consistance interne de l'instrument s'étend de .65 à .89. Cependant, « Evaluer le syndrome nucléaire du deuil (*core bereavement phenomena*) est à la fois une force (les items sont très pertinents pour la plupart des endeuillés), et une limitation (qui par exemple élimine intentionnellement des symptômes moins fréquents […]) » (Bourgeois, 2006).

5.1.2.5. D'autres mesures générales du deuil

D'autres recherches ont permis de développer les mesures des réactions générales au deuil. Nous citerons le Questionnaire sur les Sentiments Présents dus à la Perte (*Questionnaire on Present Feeling about the Loss* (PFL), Singh & Raphael, 1981), l'Index de Résolution du Deuil (*Grief Resolution Index* (GRI), Remondet et *al.*, 1987), la Mesure des Réactions au Deuil (*Grief Reaction Measure* (GRM), Vargas et *al.*, 1989) et, enfin, le Questionnaire de Phénoménologie du Deuil (*Bereavement Phenomenology Questionnaire* (BPQ), Byrne & Raphael, 1994). Ces instruments présentent, particulièrement, de sévères défauts quant aux propriétés psychométriques de leurs items, et, par extension, de leur mesure.

5. 1. 3. Les mesures des situations spécifiques du deuil

Selon l'approche qu'envisage le chercheur à propos du deuil, il construit des outils plus ou moins spécifiques à la situation de deuil ; qu'il s'agisse d'un deuil brutal, d'un deuil relatif à la maternité, d'un deuil relatif au veuvage, d'un deuil traumatique ou encore des conséquences d'un deuil sur un comportement d'addiction. Ces situations envisagées à travers la mesure du deuil ne sont, malheureusement, pas encore toutes opérationnalisées. Cependant, nous tenterons d'apprécier, à la lumière des connaissances actuelles, les particularités et les qualités de ces instruments de mesure.

5.1.3.1. Le Grief Experience Questionnaire (GEQ)

Ce questionnaire d'expérience du deuil (Grief Experience Questionnaire (GEQ), Barrett & Scott, 1989) tente d'appréhender les réactions à une perte violente. Cet instrument mesure les aspects divers de ce type de deuil tels que les réactions physiques, les réactions générales au deuil, la recherche d'explication, la perte du support social, la stigmatisation, la culpabilité, la honte, la responsabilité, le rejet, le comportement d'autodestruction ainsi que les réactions spécifiques à la catégorie de la mort. Ce questionnaire se compose de cinquante cinq items (ex. : « Evitez-vous de parler de la mort de votre époux(se) ? ») représentant donc onze dimensions du deuil (précédemment citées). Il est un outil d'auto-évaluation dont le format de réponse est de type échelle de likert en cinq point de réponses de 1 « jamais » à 5 « presque toujours ». La consistance interne (alpha de Cronbach) de ses onze sous-échelles varie de .68 à .89, accompagnée d'une

constance générale de l'instrument de .97. Cet instrument dévoile un potentiel qui permet de distinguer les réactions au deuil selon diverses expériences telles que le suicide, une mort accidentelle, une mort imprévue et une mort naturelle prévue. Cependant, il connaît de grandes limites concernant ses qualités psychométriques (il manque, entre autres, les données relatives à la fidélité en test-retest et à la validité factorielle de cet instrument).

5.1.3.2. Les mesures du deuil relatives à la maternité

Trois instruments mesurant les réponses au deuil lors de la maternité ont été, indépendamment, développés : L'Echelle de Deuil Périnatal (Perinatal Grief Scale (PGS), Toedter et *al.*, 1988), même traduction pour la Perinatal Bereavement Scale (PBS, Theut et *al.*, 1989) et la Perinatal Bereavement Grief Scale (PBGS, Ritsher & Neugebauer, 2002). Ces instruments ont chacun leur spécificité dans l'appréhension du deuil lors de la maternité (au sens large). Nous développerons, à titre d'illustration, uniquement la PGS. Cette échelle mesure davantage l'intensité affective de la symptomatologie rencontrée lors de la perte d'un nourrisson. Sa version courte (trente trois items, PGS-S) a été développée par Potvin et ses collaborateurs (1989). Cet instrument permet de percevoir des caractéristiques telles que la perte périnatale, l'avortement, la grossesse extra-utérine, la mort fœtale, la mort néonatale, en incluant la période complète de grossesse jusqu'au post-partum. Cette échelle se compose de trois sous-échelles :

1. celle du « deuil actif » (*active grief*), mesure la douleur causée par la perte,
2. celle des difficultés d'adaptation (*difficulty coping*) à cette perte, permet d'appréhender la nature adaptative du comportement,
3. celle du désespoir.

Le format de réponse est de type échelle de likert en cinq points. La validité de cette échelle est encore discutée de nos jours (la constance interne varie de .89 à .95 mais certains éléments de validation manquent cruellement).

5.1.3.3. L'Anticipatory Grief Scale (AGS)

L'Echelle de l'Anticipation du Deuil (Anticipatory Grief Scale (AGS), Theut et *al.*, 1991) s'applique à évaluer certains deuils rencontrés antérieurement à la perte, distincts du deuil qui s'est passé après cette même perte. En d'autres termes, comme souligné dans une étude concernant le soin des épouses apporté à leur mari atteint de démence (Theut et *al.*, 1991), l'anticipation du deuil est l'expression du deuil de sa mort prochaine, réactivée par le décès

potentiel d'une personne proche. Cette échelle se constitue de vingt-sept items sous forme de phrases affirmatives (ex. : « je suis en colère depuis que je pense que mon parent a une démence »), les réponses s'échelonnent sur une échelle de type likert en cinq point de 1 « fortement en désaccord » à 5 « fortement en accord ». Les auteurs ont souligné des corrélations positives entre leur instrument et des dimensions telles que la dépression, l'anxiété et l'hostilité du SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised, Derogatis, 1977). La consistance interne de l'échelle est de .84. Les dimensions abordées par l'Echelle de l'Anticipation du Deuil sont la colère, la culpabilité, l'irritabilité, la tristesse, le sentiment de perte et la faiblesse des habilités du fonctionnement général.

5.1.3.4. Beechem Unresolved Loss-Grief Addiction Inventory (BULGAI)

L'Inventaire d'Addiction au Deuil-Perte irrésolu de Beechem (Beechem Unresolved Loss-Grief Addiction Inventory (BULGAI), Beechem, 1996) sert à la fois d'évaluation et d'outil au traitement des personnes présentant un deuil irrésolu qui serait en lien avec leur comportement d'addiction. Afin de distinguer la survenue de l'addiction en rapport au deuil, cet inventaire permet de rendre compte de :

1) une pré-addiction aux pertes vécues,
2) les pertes sont associées à l'addiction,
3) les pertes sont associées à la prescription d'un traitement.

Le mode de réponse s'établit selon une échelle en cinq points de type likert.

5.1.3.5. Inventory of Complicated Grief Revised (ICG-R) ou Inventory of Traumatic Grief (ITG)

L'Inventaire du Deuil Compliqué Révisé (Inventory of Complicated Grief Revised, Prigerson et *al.*, 1995, 1997, 2001) évalue les symptômes de la détresse de séparation (la nostalgie, l'impatience, l'altération du fonctionnement) et de la détresse traumatique (l'absence de signification, l'amertume, l'évitement et des symptômes d'identification). Ces auteurs ont pu mettre en évidence que le deuil compliqué ou traumatique est une forme de trouble bien distinct de la dépression et de l'anxiété. L'ICG-R se compose de dix-neuf items (une forme courte est disponible de dix-sept items) représentant une phrase affirmative (ex. « Les souvenirs de cette personne morte me perturbent… ») dont le format de réponse est de type échelle de likert en cinq points de 0 « jamais » à 4 « toujours ». Les auteurs soulignent que cet inventaire comporte de nombreuses qualités psychométriques (α = .94,

$\alpha_{test\text{-}retest}$=. 80 (après six mois), une validité convergente avec le TRIG et une validité de construit). L'évaluation s'élabore selon quatre critères diagnostics, constitués, chacun, d'un ensemble d'éléments constitutifs d'un deuil compliqué ou d'un TDP.

5.1.3.6. Grief Cognitions Questionnaire (GCQ)

Le Questionnaire des Cognitions du Deuil (Grief Cognition Questionnaire (GCQ), Lensvelt-Mulders & Boelen, 2005) évalue les différentes catégories de la cognition, postulées comme étant importante après une perte (i. e. les croyances négatives et l'interprétation qui engendrent des désordres émotionnels). Ce questionnaire comporte trente-huit items (ex. : « Je suis partiellement responsable de la mort de X ») représentant neuf catégories de la cognition altérée par le deuil (donc neuf sous-échelles : les croyances négatives sur soi (6 items), le monde (4 items), la vie (4 items), le futur (4 items), l'auto-accusation (5 items), les autres (3 items), les réactions inappropriées au deuil (4 items), le deuil chéri (3 items), les interprétations relatives au deuil (4 items). Les sujets répondent selon une échelle de type likert en cinq points de réponse de 1 « fortement en désaccord » à 5 « fortement en accord ». Les auteurs soulignent une constance interne de leur instrument de .96. Il existe de nombreuses limites à cet instrument (mode d'administration du questionnaire et des données manquantes pour la validité exhaustive de l'instrument).

5.1.3.7. Bereavement Dependency Scale (BDS)

L'Echelle de Dépendance au Deuil (Bereavement Dependency Scale (BDS), Prigerson et *al.*, 2006) est un instrument à six items (ex. : « Comment étiez-vous dépendant(e) de X émotionnellement ?») qui a été développé pour fournir une évaluation efficace et rapide de la dépendance que révèlent certaines personnes endeuillées à l'égard du défunt, et ce à travers une variété de domaines relationnels. Cette dépendance pourrait engendrer de graves dysfonctionnements psychologiques (à caractère morbide) chez ces personnes. Le format de réponse est de type échelle de likert en cinq points de 1 «pas dépendant(e)» à 5 «extrêmement dépendant(e)». Les auteurs rapportent une consistance interne de .75. Ils mettent cependant en exergue les limitations de leur nouvel instrument : un échantillon non représentatif et une validation incomplète (validité test-retest, validité du construit, convergente, divergente).

5. 1. 4. Les limites de l'opérationnalisation du deuil[17]

Les tentatives d'opérationnalisation du deuil et de ses complications ne cessent de se multiplier depuis ces deux dernières décennies. Qu'il s'agisse d'outils mesurant le deuil de manière globale ou d'outils mesurant ce concept de manière plus spécifique, tous ces chercheurs sont face aux défauts de la validité de leur instrument. Un article pertinent de Tomita et Kitamura (2002), inspirant en grande partie le développement qui suivra, passent en revue pas moins de seize instruments de mesure du deuil, analysant minutieusement leurs propriétés psychométriques. Bourgeois (2006) a apporté sa contribution afin de lever le voile sur cette « surenchère » de l'opérationnalisation du deuil.

5.1.4.1. Limites dans la validation factorielle (factorial validity)

Il est étonnant de découvrir, parmi la littérature scientifique sur ce sujet, que seulement la moitié des instruments sur le deuil ont été construits grâce à l'analyse factorielle – « suivant les règles de la psychométrie » (Bourgeois, 2006). L'élaboration des autres instruments a suivi les arrangements arbitraires de ses auteurs tant d'un point de vue de la pratique clinique que du point de vue théorique. Comme le souligne Bourgeois (2006, p.288), « il faudrait impérativement éviter la sous-représentation (quant aux dimensions symptomatologiques du deuil) ainsi que la « sur-représentation » de certains aspects spécifiques du deuil. Il faudra donc des échelles multidimensionnelles pour examiner la représentation proportionnelle des items (selon les exigences de la validité du contenu, avancées par Haynes et *al.*, 1995) ».

5.1.4.2. La validité discriminante (discriminant validity)

Les inférences et les prédictions cliniques, soumises à l'évaluation des instruments utilisés, dépendent essentiellement de la validité discriminante de ces mêmes instruments. Une multitude de recherches souligne l'importance de la survenue de maladies somatiques lors du deuil. Alors que certains instruments insistent sur des symptômes d'inadaptation, très peu permettent de prédire l'apparition de troubles psychiatriques ou physiques chez les personnes endeuillées. Pour cause, lorsque les auteurs d'instruments de mesure du deuil

[17] Cette partie a largement été construite à partir d'un important article de Tomita, T., & Kitamura, T. (2002). Clinical and research measures of grief: Reconsideration. *Comprehensive Psychiatry*, *43*(2), 95-102.

tentent de prouver la validité discriminante de leur outil, ils sont forcés de constater des relations positivement élevées avec des symptômes tels que la dépression et l'anxiété – la solidité de la validation discriminante reste bien fragile. Ainsi, il n'existe, à notre connaissance, aucun instrument permettant de distinguer clairement le deuil normal et le deuil pathologique. Instrument qui apporterait pourtant une grande aide au diagnostic clinique.

5.1.4.3. La validité du contenu (content validity)

La validité du contenu n'est qu'un aspect de validité de construit pour les mesures psychologiques. Comment alors rendre valide le contenu de ces instruments de mesure alors que le deuil est un construit hétérogène et ambigu ? Comme le soulignent très justement Tomita et Kitamura (2002), il est d'une grande importance de différencier les réactions spécifiques du deuil (« *grief-specific* ») des autres troubles psychologiques et physiques tels que la dépression, l'anxiété, l'isolement, le stress, le vieillissement et bien d'autres formes encore. Mesurer spécifiquement le deuil et non le confondre avec des états tels que la dépression.

5.1.4.4. Une guide clinique pour l'utilisation de ces échelles

Ces auteurs japonais encouragent les praticiens et les cliniciens à adapter l'utilisation des échelles selon les circonstances du deuil rencontrées par la personne endeuillée. Dans ce sens, il est important de distinguer deux utilités principales des instruments disponibles :

- Evaluer les réactions pathologiques et traumatiques (grâce, par exemple, à l'IDC-R),
- Evaluer les réactions au deuil, au sens large (grâce, par exemple, au TRIG).

L'enjeu étant de pouvoir discerner l'apparition et l'évolution d'un deuil pathologique et d'en prévenir ses évolutions.

En ce qui nous concerne, un des instruments de mesure qui retient toute notre attention concernant les réactions au deuil est l'Inventaire du Deuil Compliqué-Révisé comme outil permettant d'appréhender le trouble du deuil persistant[18]. Pourquoi cet intérêt alors qu'il y en a une multitude ? Au trouble du deuil persistant s'associent, très souvent, des troubles psychiques et physiques (Prigerson, Bierhals et *al.*, 1997). Plus qu'un enjeu pour la

[18] Nous utiliserons de manière interchangeable les termes « deuil compliqué » et « trouble du deuil persistant ».

santé et la santé mentale, le TDP est un véritable danger pour le bien-être et l'équilibre psychologique de personne en deuil. L'enjeu, ici, nous concernant, est d'entreprendre une méthodologie permettant d'asseoir les qualités métriques de l'IDC-R dans sa version française mais aussi de définir des caractéristiques permettant le diagnostic du TDP – la préoccupation étant de fournir des moyens de prévention quant au développement de pathologies morbides grâce à un outil de mesure robuste.

5.2. Validation de l'Inventaire de Deuil Compliqué-Révisé, version courte

5.2.1. Objectifs de l'étude 1 : Validation de l'Inventaire de Deuil Compliqué-Révisé, version courte (IDC-R) comme outil diagnostic du TDP

L'inventaire du deuil compliqué révisé (Prigerson & Jacobs, 2001b) a été largement étudié et validé dans les recherches anglo-saxonnes, peu dans les recherches francophones (Boelen & Van den Bout, 2005 ; Boelen & Van den Bout, 2007 ; Bourgeois, 2006 ; Currier, Holland & Neimeyer, 2006 ; Dyregrov, Nordanger & Dyregrov, 2003 ; Hardison, Neimeyer & Lichstein, 2005 ; Harkness et *al.*, 2002 ; Hebert, Dang & Schulz, 2007 ; Korenromp et *al.*, 2007 ; Latham & Prigerson, 2004 ; Lechner, Bolman & van Dalen, 2007 ; Melhem et *al.*, 2001 ; Melhem et *al.*, 2004 ; Melhem et *al.*, 2007 ; Mitchell et *al.*, 2005 ; Mitchell et *al.*, 2004 ; Neimeyer, Baldwin & Gillies, 2006 ; Ott, 2003 ; Prigerson et *al.*, 1995a ; Prigerson, 1995, Zygmont et *al.*, 1998 ; Prigerson et *al.*, 2002 ; Prigerson et *al*., 2003 ; Shear et *al.*, 2005 ; Simon et *al.*, 2005 ; Szanto & coll., 2006 ; Vanderwerker et *al.*, 2006 ; Zisook et *al.*, 2001 ; Zuckoff et *al.*, 2006) révélant ainsi un réel engouement par rapport au concept mesuré qu'est le deuil compliqué, appelé aujourd'hui le trouble du deuil persistant ainsi qu'à ses implications dans le développement de pathologies mentales. A l'heure actuelle, il n'existe pas, à notre connaissance, une étude de validation de la version française de l'Inventaire du Deuil Compliqué Révisé en version courte. Bonanno (2006) pose l'évidence d'un enjeu crucial pour le diagnostic d'examiner la validité du construit concernant le deuil compliqué ou le TDP. Il existe ainsi un véritable besoin d'adaptation et de validation concernant cet outil diagnostic du Deuil Compliqué (DC) ou Trouble du Deuil Persistant (TDP)

Dans un premier temps, nous avons réuni un comité de spécialistes afin d'adapter l'IDC-R version abrégée en français. Cette démarche permettait également de s'inscrire dans

une validité du contenu ou dite nomologique. Nous n'avons pas fait simplement une traduction mais une adaptation. En effet, la première tâche réalisée était de définir une formulation la plus fidèle possible à celle de Prigerson et Jacobs (1995, 1998, 2000, 2001, 2004). Les difficultés linguistiques résidaient en une meilleure compréhension de l'anglais américain afin que la formulation française soit des plus conformes au construit mesuré – le deuil compliqué. La seconde tâche s'est focalisée sur l'aspect déontologique de l'inventaire. Nous trouvions, et cela est un choix arbitraire de notre part, que d'évoquer une seule fois le nom de la personne défunte (premier item) était suffisant pour assurer la continuité des réponses à l'inventaire. Rappeler à chaque phrase le nom de la personne perdue aurait pu, nous semble-t-il, invoquer une trop grande détresse psychologique chez la personne participante. Notre devoir de chercheur étant de préserver l'intégrité et la dignité de la personne qui nous aide dans notre démarche scientifique. Ainsi, nous sommes parvenus à une adaptation en français de l'Inventaire du Deuil Compliqué – Révisé en version abrégée (annexe : Tableau 1. 1).

A partir de ce travail d'adaptation, les bases sont jetées afin de procéder à une première validation de cet outil diagnostic du TDP. Afin d'avoir une démarche très rigoureuse dans l'entreprise de la validation de l'ICG-R version abrégée, nous nous baserons sur les règles communément admises en psychométrie. Rappelons toutefois que la validation d'un instrument de mesure en psychologie se définit comme étant « une recherche scientifique de la signification des mesures, rien de plus, mais également rien de moins » (Messick, 1989). En ce sens, elle consiste «à valider un instrument de mesure mais également les mesures qu'il permet d'obtenir, car celle-ci dépend des caractéristiques des sujets auxquels cet instrument est appliqué et du contexte dans lequel il est utilisé » (Cronbach, 1971 ; Messick, 1975).

Pour qu'un instrument soit pertinent dans sa mesure, il doit comporter des aspects qui rendent compte de sa fidélité. Il doit également répondre à des critères de validité de contenu, de validité de construit et de validité prédictive.

La fiabilité (ou fidélité) d'un outil de mesure renvoie au « degré auquel des mesures sont reproductibles en dépit du fait que ces mesures soient effectuées par des personnes différentes, à des occasions différentes, avec des instruments censés être pratiquement alternatifs à la méthode étudiée » (Messick, 1989). Il existe trois méthodes principales utilisées pour vérifier cette fidélité :

- la fidélité « test-retest » évalue la stabilité des scores au cours du temps chez un même sujet lors de deux temps différents de mesure. Elle s'apprécie à travers la corrélation de Bravais-Pearson ou de Spearman.
- La fidélité « moitié-moitié » (*split-half*) estime l'homogénéité des items selon un partage en deux de l'instrument grâce à une répartition aléatoire des items, et, en produisant à chaque moitié un score aux items.
- La consistance interne apprécie également l'homogénéité d'un test en réalisant une estimation de la fidélité, basée sur la moyenne des corrélations entre les items d'une même mesure. A cette fin, le coefficient alpha de Cronbach est employé. Il rend compte du fait qu'un ensemble d'items mesure bien le construit qu'il est censé mesurer. Le coefficient alpha de Cronbach varie de 0 à 1. Il est sensible au nombre d'items de l'instrument et au nombre de répondants. Plus ces deux paramètres sont importants, plus l'exigence pour garantir une valeur de l'alpha acceptable est importante également. Des valeurs entre .70 et .95 sont de bons indicateurs lorsque l'échelle ou la sous-échelle possède plus de 5 items. Un alpha trop élevé (0,90) peut dévoiler une redondance de certains items.

La validité renvoie aux qualités métriques d'un instrument d'évaluation ou de mesure – qualités qui permettent de rendre compte des aspects pertinents pour lesquels il a été conçu.

La validité de contenu consiste à vérifier si les différents éléments d'un instrument sont représentatifs du concept visé. Elle se fonde sur l'évaluation des chercheurs et de ses pairs. La validité du construit consiste à vérifier que les scores obtenus à un outil de mesure supportent le modèle théorique qui le sous-tend. Ainsi, il est important de vérifier si les instruments de mesures d'un même construit sont corrélés entre eux (validité convergente) et si les instruments de deux construits distincts révèlent une différence à travers leur corrélation (validité divergente). La validité de structure, quant a elle, sert à définir la cohérence interne d'un outil de mesure en prenant en compte les différentes dimensions qui permettent de rendre compte du construit mesuré. La validité prédictive est le fruit de la concordance des relations entre les mesures d'un concept et les mesures d'autres concepts telles que prédit par la théorie. Nous procéderons, à la lumière des critères de validité scientifiques, à éprouver les qualités métriques de l'outil diagnostic du TDP, l'IDC-R.

5.2.2. La méthode

5.2.2.1. Les participants

103 personnes retraitées ont répondu à notre questionnaire et constituent notre échantillon pour la validation de l'IDC-R. Ces 103 personnes ont été contactées par le biais d'associations de veufs et de veuves, de foyers-résidences ainsi que dans des « clubs du troisième âge » situés dans les villes de Nancy, Troyes et dans un pays francophone proche de la France. Parmi ces 103 personnes, 27% sont des hommes et 73% des femmes. La moyenne d'âge est de 68 ans et 6 mois (σ = 7.77). L'âge minimum est de 56 ans et l'âge maximum de 86 ans. L'âge subjectif est de 61 ans et 1 mois (σ = 10.24) avec un minimum de 16 ans et un maximum de 90 ans. Selon le statut matrimonial, 48,5% sont mariés et 44,7% ont perdu leur conjoint, le reste de l'échantillon se distribuant dans les autres catégories (Séparé/divorcé, concubinage, pas de réponse). Concernant le niveau scolaire, 40,4% ont un certificat d'étude et 18% ont suivi une filière d'apprentissage, le reste se distribuant dans les autres cas de figure (arrêt avant le certificat d'étude, baccalauréat, études supérieures, pas de réponse). Concernant la catégorie socioprofessionnelle de nos sujets, 26,2% ont travaillé dans le secteur de la santé et du travail social et 8,7% appartiennent à la catégorie socioprofessionnelle : employé administratif d'entreprise – le reste de notre échantillon étant très dispersé dans les autres catégories socio-professionnelles. Si nous nous intéressons à leur lieu de vie, 97% résident dans leur propre maison ou appartement, 53,4% vivent dans une petite ville et 33% dans un milieu rural.

Pour les pertes significatives rencontrées et prises en compte dans les réponses données à l'ICGR, la perte concernant un mari se retrouve dans 35% des cas, et, celle concernant une épouse dans 30% des cas – le reste de notre population quant à la perte significative rencontrée se répartie dans les autres cas de figure (père, mère, frère, sœur, amant, maitresse, fils, fille, ami, autre, pas de réponse). L'âge de la personne décédée est en moyenne de 64 ans (σ = 18), un âge maximum de 89 ans et un âge minimum de 2 ans et 6 mois. En moyenne le défunt est décédé depuis 16 ans (σ = 13). Dans 76% des cas, la nature du décès était prévisible et 24% imprévisible. En ce qui concerne la cause du décès, 87% des défunts ont rencontré une maladie, 10% un accident. Parmi les personnes interrogées et la nature du lien avec le défunt, 31% étaient une relation plus proche qu'aucune autre relation et 15% une relation plus proche que la plupart des autres relations. Des autres pertes

rencontrées au cours de leur vie, 31% de l'échantillon ont fait l'expérience d'une autre perte et 15% de deux pertes supplémentaires – le reste de notre population se distribuant sur plus de trois pertes rencontrées.

Bien que nous ayons cherché à contrôler, avant la distribution de notre questionnaire, que les sujets ne souffrent pas de maladies (physiques et/ou psychiques) qui pourraient influencer de manière directe ou indirecte leurs réponses aux questionnaires du protocole de cette recherche, 68,9 % n'en rencontrent pas et 30,1% souffrent de troubles somatiques (souvent due à l'avance en âge, comme par exemple : maladies cardio-vasculaires, hyper-tension, etc.). De nos sujets, 12,7% soulignent être ou avoir eu une dépression et 87,4% ne présentent pas de pathologies mentales.

5.2.2.2. La procédure

Le protocole de recherche a comporté deux sessions de passation afin d'apprécier, d'une part, la fiabilité test-retest de l'IDC-R et, d'autre part, pour évaluer la validité prédictive de ce même inventaire.

La première passation des questionnaires auprès des participants a eu lieu au mois de décembre 2008. Les personnes qui souhaitaient participer à la deuxième passation avaient la possibilité de laisser leurs coordonnées à cet effet.

La deuxième passation a eu lieu au mois de mai 2009 auprès des personnes ayant notifiées leurs coordonnées. Il s'agissait de leurs proposer strictement le même ensemble de questionnaires. Ainsi, un délai de 6 mois entre les deux passations a été respecté afin de minimiser les biais possibles.

Pour réaliser la démarche de validation de l'IDC-R, nous avons utilisé un ensemble de questionnaires comprenant : Symptom Check List Revised -90 (90 items) (Derogatis, 1977) , l'Echelle Gériatrique de Dépression en 15 items (Bourque, Blanchard, Vezina, 1990), le Texas Inventaire du Deuil-Révisé (25 items) (Faschingbauer, Zisook & Devaul, 1977) , le Questionnaire d'Anxiété face à la Mort (15 items) (Templer, 1970) et l'Inventaire du deuil compliqué révisé version abrégée (17 items) (Prigerson & Jacobs, 2001), soit au total 162 items. Ce protocole comportait également quelques questions supplémentaires relatives à des variables factuelles comme le sexe, l'âge de la personne, son niveau scolaire, sa catégorie socioprofessionnelle, son lieu de vie, etc. Les personnes étaient informées du caractère scientifique, confidentiel et anonyme du questionnaire proposé (mis sous

enveloppe cachetée). L'anonymat était levé dès lors que la personne précisait ses coordonnées pour participer à la deuxième phase de la recherche. Par ailleurs, le caractère confidentiel de leur questionnaire était garanti. Pour l'analyse des résultats, ont été employés, successivement, le logiciel SPSS (version 10.0) et Lisrel 8.80 (Jöreskog & Sörbom, 2006).

5.2.2.3. Les outils de mesure

L'**Inventaire de Deuil Compliqué Révisé version abrégée** (IDC-R, en annexe A1) (Inventory Complicated Grief Revised (ICG-R), Prigerson et coll., 1995aetb, 1998, 2001 et 2004 ; adaptation française élaborée par nos soins, 2004, avec l'appui de la traduction de la version longue faite par Bacqué et *al.*, 2001) permet d'être un outil diagnostic (selon un ensemble de quatre critères) pour déceler s'il y a ou non complication chez le survivant suite à la perte d'une personne chère. Il se compose de 17 items (ex : j'ai l'impression qu'une partie de moi-même est morte avec lui (elle)) dont les réponses en 5 points s'échelonnent de "presque jamais" à "toujours". Sa fidélité est de .92, dans sa version originale, et, de .94 pour l'adaptation française. Cet inventaire est complété par cinq questions (ajoutées par nos soins pour les besoins de la recherche) renvoyant à l'âge du défunt et à sa date de décès, à la nature de sa mort, aux causes du décès, aux nombres de pertes subis par l'individu, à une maladie physique et/ou mentale rencontrée durant le deuil par le survivant.

La **Symptôm Check Liste – 90 Revised** (SCL-90-R, Derogatis, 1977 ; adaptation fançaise, Fortin & Coutu-Wakulczyk, 1989, en annexe A2) mesure les symptômes de la détresse psychologique chez les adolescents et les adultes. Cette liste est composée de 90 items regroupant 9 dimensions de symptômes : la somatisation comme le ressenti d'une souffrance physique (ex : *idée que votre corps est sérieusement atteint*), l'obsession-compulsion (ex : *besoin d'éviter certains endroits, certaines choses ou certaines activités parce qu'ils vous font peur*), la sensibilité interpersonnelle ou vulnérabilité, rend compte d'un sentiment d'infériorité et d'inadaptation face aux autres dans l'anticipation des relations interpersonnelles (ex : *envie de critiquer les autres*), la dépression (ex : *pensées suicidaires*), l'anxiété (ex : *soudainement effrayé sans raison*), l'hostilité comme potentiel d'agressivité et de passage à l'acte (ex : *le sentiment que vous ne pouvez avoir confiance en personne*), l'anxiété phobique qui renvoie aux phobies sociales et à l'agoraphobie (ex : *peur de sortir seul de la maison*), les idéations paranoïdes qui relèvent de sentiments d'hostilité, de

méfiance, d'égocentrisme et reflètent une perte d'autonomie, des hallucinations et des idées de grandeur (ex : *sentiment que l'on vous observe ou que l'on parle de vous*) et le psychotisme renvoie aux symptômes de schizophrénie et aux comportements schizoïdes (ex : *avoir des pensées qui ne viennent pas de vous*) ainsi que 7 items additionnels comme les troubles du sommeil (ex : *difficulté à vous endormir*). Une analyse informatisée est disponible. Cette check liste a été validée en espagnol et en français canadien. Ce test est constitué d'une échelle de type Lickert allant de « pas du tout » à « excessivement ». Elle permet d'atteindre une vue globale de la gravité et de l'intensité des sous-dimensions. De plus, le SCL -90-R fournit trois indices globaux :

- *Global Severity Index* (GSI), l'indice global de sévérité représente l'intensité du trouble psychologique (il s'obtient en sommant les réponses aux items puis en divisant ce résultat par 90. Le GSI varie entre 0 et 4),
- *Positiv Symptom Total* (PST) ou le total des symptômes positifs rend compte de la diversité des symptômes rencontrés par le sujet (il correspond au nombre de symptômes différents que présentent le sujet. Le PST varie de 0 à 90)
- *Positiv Symptom Distress Index* (PSDI), cet indice reflète l'intensité de la détresse psychologique (il s'obtient en divisant la somme des réponses aux items par le PST, il varie de 0 à 4).

La fidélité de ce test est de .96 (Fortin, 1985), la validité de construit oscille entre .30 et .40 (Derogatis & Cleary, 1977; Holcomb, Adams & Ponder, 1983), la validité de convergence entre .47 et .70 (Fortin, Coutu-Wakulczyk & Engelsmann, 1985 ; 1989). Comme attendu (Fortin, 1985), l'alpha de Cronbach est de .97 pour l'adaptation française utilisée dans notre recherche.

Le **Questionnaire d'anxiété face à la mort** (QAM, en annexe A3) (Death Anxiety Questionnaire, DAQ) (Dickstein, 1972, 1978 ; Conte, Weiner & Plutchik, 1982 ; Templer, 1970 ; adaptation française faite par nos soins, 2009) mesure les attitudes face à la mort et face à sa propre finitude selon 15 items (cf : Annexe). Quatre dimensions indépendantes constituent ce questionnaire : la peur de l'inconnu (ex : *Le fait de ne pas savoir ce qu'il y a après la mort vous inquiète-t-il?*), la peur de souffrir (ex : *Êtes-vous inquiet(e) du fait que la mort puisse être très douloureuse ?*), la peur de la solitude (ex : *Êtes-vous inquiet(e) du fait que vos proches ne soient pas présents au moment de mourir?)* et la peur de l'extinction

personnelle (ex : *L'idée que vous puissiez perdre le contrôle de votre esprit avant de mourir vous tracasse-t-elle ?*). La consistance interne est de .83, la fiabilité test-retest est de .87 (Conte, Weiner & Plutchik, 1982). Pour les besoins de notre étude, nous avons adapté la version abrégée du questionnaire d'anxiété face à la mort, cependant, celui-ci n'a pas encore été validé en français. De notre protocole de recherche, l'alpha de Cronbach est de .83.

L'**Echelle Gériatrique de Dépression version courte** (EGD, en annexe A4) (Geriatric Depression Scale (GDS), Sheikh & Yesavage, 1986 ; adaptation française, Bourque, Blanchard & Vezina, 1990) a été élaborée pour rendre compte de symptômes dépressifs chez les sujets âgés (ex : *Vous sentez-vous souvent impuissant(e) ?*) (cf : Annexe). D'une version à 30, nous avons retenue celle à 15 items pour ne pas trop alourdir notre protocole. Pour chaque item, le format de réponse est du type « oui »/ « non ». Le score total peut varier de 0 à 30. Dans la version originale de l'échelle, un score de 0 à 9 renvoie à un état « normal », un score de 10 à 19 à une dépression modérée, et, un score de 20 à 30 à une dépression sévère. Un score supérieur à 13 rend compte déjà d'une bonne sensibilité et spécificité quant à l'existence d'un état dépressif. La version courte reflète un alpha de Cronbach à .84 et une fiabilité test-retest de .84 ainsi qu'une validité concourante à .68 avec la MADRS (Sheikh & Yesavage, 1986). Elle présente également une bonne sensibilité et une bonne stabilité. Dans notre recherche, l'EGD présente un alpha de Cronbach de .79.

Le **Texas Inventaire du Deuil-Révisé** (TIDR, en annexe A5) (Texas Revised Inventory of Grief, TRIG, Faschingbauer, Zisook & Devaul, 1977 ; 1987 ; Bourgeois & Paulhan, 1995) évalue l'intensité du deuil face à la perte d'un être cher (cf : Annexe). Il se compose de deux dimensions : le comportement passé (ex : *Après sa mort, j'ai trouvé difficile de travailler*) et les sentiments émotionnels actuels (ex : *Encore maintenant, les souvenirs le (la) concernant sont douloureux*). Chacune de ces dimensions se composent de 25 items pour lesquels le format de réponse est du type échelle de likert en 5 points : « faux », « plutôt faux », « vrai et faux », « plutôt vrai » et « vrai ». Pour les deux derniers items, la réponse est du type « oui »/ « non ». L'alpha de Cronbach varie entre .87 et .89, la validité convergente est de .87 (Faschingbauer, Zisook & Devaul, 1987). Dans notre recherche, l'alpha de Cronbach est de .91.

L'ensemble des scores moyens obtenus par notre échantillon ainsi que la fidélité de chaque mesure sont récapitulés, en annexe, dans le Tableau 1.2.

5.2.3. Les résultats

5.2.3.1. L'analyse corrélationnelle

Dans cette partie du développement, nous mettrons de côté les relations que peut entretenir l'IDC-R avec les autres outils de mesure car elles participeront à l'analyse de sa validité. De plus, nous ne retiendrons, pour l'analyse corrélationnelle, que les corrélations significatives ainsi que celles qui font sens et qui nous semblent pertinentes à retenir (annexe : Tableau 1.3).

Selon l'état civil, les personnes seules ont tendance à développer davantage une anxiété face à la mort ($r_{ec/qam}$ = .21) ainsi que des complications au deuil ($r_{ec/tidr}$ = .35 et $r_{ec/idc-r}$ = .38) médiatisés par des comportements adoptés au moment du deuil ($r_{ec/ca}$ =.40) et par le ressentis encore actuels relatifs au décès ($r_{ec/sa}$ = .23). Par ailleurs, plus les personnes possède un niveau scolaire élevé, plus elles seraient préservées du développement d'une dépression ($r_{ns/egd}$ = -.23) ainsi que de troubles somatiques ($r_{ns/som}$ = -.33). Dans un tout autre ordre d'idées, la personne décédée qui avait un lien de parenté proche d'avec le survivant est un facteur influençant la survenue de complications au deuil ($r_{pd/tidr}$ = .25 et $r_{pd/idc-r}$ = .35). De plus, l'âge du défunt au moment de sa mort n'est pas un facteur problématique dans la résolution du deuil ($r_{adef/tidr}$ = -.22), ni conditionnant les comportements passés au moment du décès ($r_{adef/ca}$ = -.25). Le caractère du décès (brutal/lent) semble avoir un impact sur le développement de maladies physiques ($r_{cam/mp}$ = .26) et sur le développement de troubles psychiques comme les idéations paranoïdes ($r_{cam/ipar}$ = .26). S'ajoute que selon la cause du décès, la survenue d'une dépression chez la personne est favorisée ($r_{cm/dep}$ = .28). De cette simple analyse corrélationnelle, nous relevons ce que bon nombre de recherches ont pu mettre en évidence comme enjeux sur la santé physique et mentale de l'individu lors de la survenue du décès d'une personne significative (Bonanno & Kaltman, 2003 ; Bonanno, Lehman, Tweed et *al.*, 2002 ; Currier, Holland & Neimeyer, 2006 ; Green, 2000 ; Prigerson, Cherlin, Chen et *al.*, 2003 ; Prigerson, Vanderwecker & Maciejewski, 2008 ; Prigerson, Zhang, Bornstein et *al.*, 2006 ; Stroebe, Folkman, Hansson & Shut, 2006 ; Stroebe & Schut, 2006 ; Stroebe & Schut, 2002 ; Stroebe & Stroebe, 1987 ; Subramanian, Elwert & Christakis, 2008 ; Vachon, 1982).

5.2.3.2. La validité de l'Inventaire du Deuil Compliqué Révisé version abrégée

La fiabilité et analyse d'items de l'IDC-R

Nous avons utilisé le coefficient alpha de Cronbach avec une valeur seuil d'acceptabilité de .70 (DeVellis, 2003) ainsi que la corrélation corrigée de l'item au score total avec une valeur seuil supérieure à .35 pour examiner la qualité des items de l'IDC-R. Nous noterons tout d'abord que le coefficient alpha, à savoir .94, s'est révélé fort satisfaisant. En outre, les corrélations corrigées des items au score total s'échelonnent de .37 à .87 (annexe : Tableau 1.4.). La moyenne de ces corrélations corrigées était de .69 (σ = .14).

La stabilité temporelle

Un test-retest, sur une période de 6 mois, a été effectué auprès de participants volontaires (n=30). La corrélation a atteint .80 ($p<.001$), témoignant de l'excellente stabilité temporelle des scores obtenus par cet inventaire.

La validité de structure

Afin de vérifier la structure factorielle de l'IDC-R, nous avons opté pour une démarche confirmatoire en soumettant à l'épreuve des faits un modèle unifactoriel comprenant les 17 items (indicateurs). Prigerson et ses collaborateurs (1995,1998, 2001 et 2004) postulent qu'il n'existe qu'un facteur unique expliquant le construit «deuil compliqué». Afin de valider les résultats de l'analyse factorielle confirmatoire (AFC), nous avons recouru à la procédure de rééchantillonnage (*Bootstrap*) dont les principaux avantages sont qu'elle n'exige ni une distribution multivariée normale des données, ni un large échantillon, et qu'elle produit des résultats (intervalles de confiance) très précis (Brown, 2006 ; MacKinnon, Lockwood & Williams, 2004). Le principe de cette procédure est simple (MacKinnon, 2008). Un certain nombre d'échantillons (fixé par le chercheur) sont générés aléatoirement avec remplacement à partir de l'échantillon initial considéré comme la population. Chaque échantillon généré contient le même nombre d'observations que l'échantillon initial. Il y aura ensuite autant d'estimations du modèle que d'échantillons générés. Une moyenne des estimations de chaque paramètre du modèle est calculée et assortie d'un intervalle de confiance (CI). Une estimation (saturation factorielle par exemple) est significative à .05 si son intervalle de confiance à 95% (95%CI) ne comporte pas de valeur nulle (voir Preacher & Hayes, 2008). Les études de simulation ont montré que le Bootstrap offre d'excellentes performances dans le cadre d'analyse factorielle confirmatoire, même lorsque l'échantillon est petit par rapport au nombre de paramètres estimés (Brown, 2006).

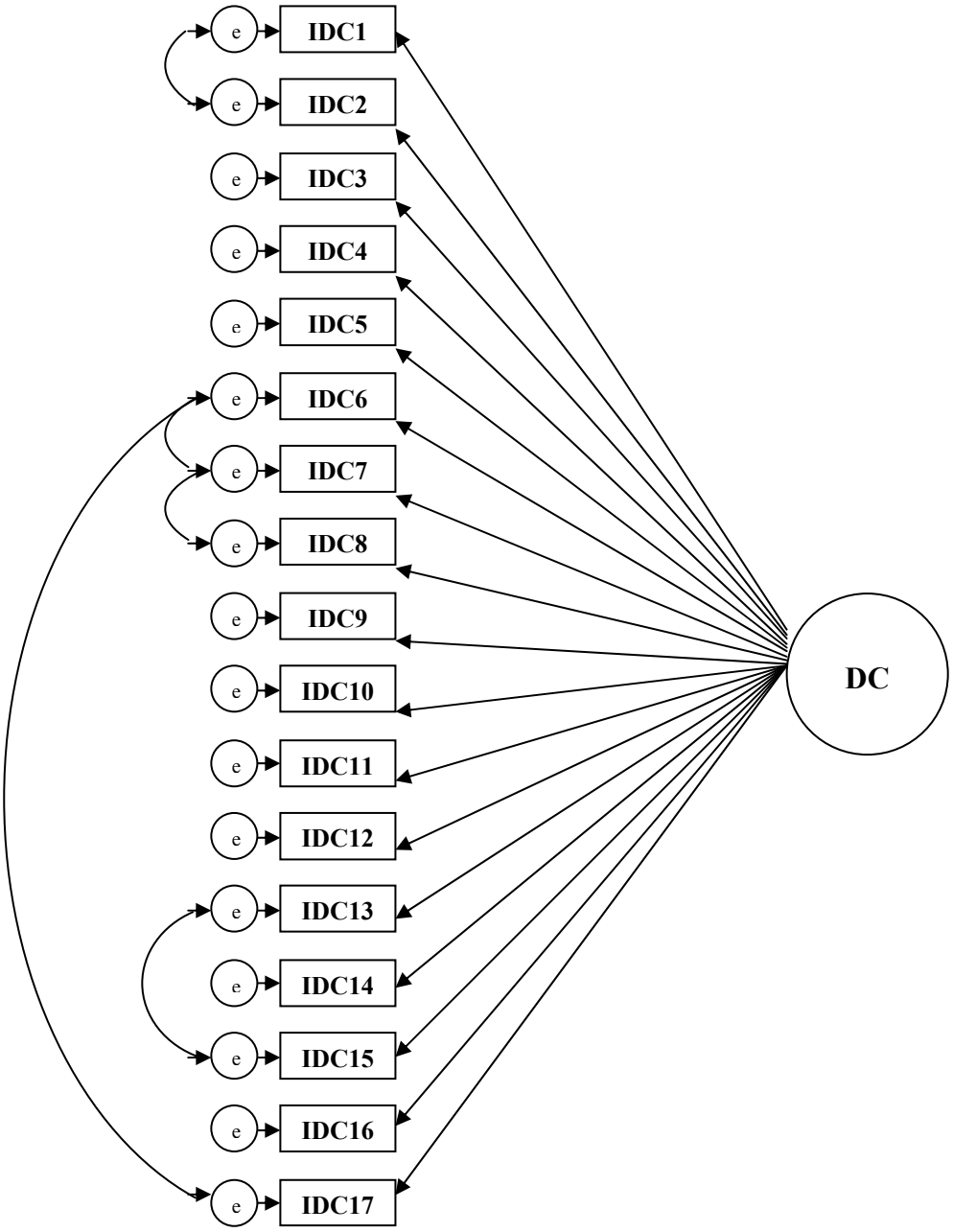
Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Lisrel 8.80 (Jöreskog & Sörbom, 2006) avec la méthode d'estimation du maximum de vraisemblance. Ce programme fournit un ensemble d'indices d'adéquation au modèle théorique. Cependant, nous n'avons utilisé que les plus recommandés (Hu & Bentler, 1999 ; Marsh, Balla & McDonald, 1988), à savoir le chi2, le *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) assorti de son intervalle de confiance, le Standardized Root Mean Residual (SRMR), et le *Comparative fit Index* (CFI) de Bentler (1990) et le Tucker-Lewis Index (TLI) de Tucker et Lewis (1973). Il convient de rappeler qu'un Chi² non significatif (proche de zéro) indique un bon ajustement du modèle aux données. Toutefois, cette statistique étant sensible à la taille de l'échantillon, il est recommandé de recourir à d'autres indices d'adéquation tels que le RMSEA, le SRMR, le CFI et le TLI. Nous rappelons qu'une valeur du RMSEA inférieure à .08 est indicative d'une bonne adéquation du modèle aux données (Brown & Cudeck, 1993 ; McCallum, Browne, et Sugawara, 1996). Les valeurs du CFI et TLI varient de 0 (mauvaise adéquation) à 1 (adéquation parfaite), avec comme valeur seuil .90 pour accepter un modèle[19]. Toutefois, Hu et Bentler (1999) suggèrent qu'un RMSEA «proche de » ou inférieur à .06, et un SRMR inférieur à .08 assortis d'un CFI égal ou supérieur à .95, sont de bons indicateurs de l'ajustement d'un modèle.

Les résultats de notre AFC étaient équivoques à savoir un $\chi^2(119)= 287,23$ significatif (p=.000), un RMSEA= .12 (.10-.14) dépassant le seuil critériel et un SRMR =.06 et un CFI=.96 et TLI= .95 acceptables. L'examen des R^2 de chaque item révèle que tous les items affichent des corrélations fortes avec le facteur latent (Deuil compliqué). En effet, tous les R^2 étaient supérieurs à .30 excepté l'item 14 qui ne partage que 16% de sa variance avec le facteur « deuil compliqué » et l'item 16 qui n'en partage que 14%. Comme l'élimination de ces deux items n'apporte aucune amélioration à l'adéquation du modèle, bien au contraire (RMSEA=.133 (.11-.15)), nous avons jugé utile de les garder et de recourir aux indices de modification afin de localiser les sources de son inadéquation. L'examen de ces indices nous révèle que la libération de certaines corrélations entre variables résiduelles permet d'améliorer l'ajustement du modèle. Il s'agit en l'occurrence des variances résiduelles de l'item 1 et l'item 2, de l'item 6 et l'item 7, de l'item 7 et de l'item 8, de l'item 6 et l'item 17 et enfin de l'item 13 et l'item 15. Ainsi, avec un RMSEA= .078 (.057-.098), un SRMR= .053, un

[19] Nous n'avons pas retenu le célèbre *Adjusted Goodness-of-fit Index* (AGFI) car il a tendance à sous-estimer l'ajustement d'un modèle appliqué un petit échantillon (Bollen, 1990).

CFI= .97 et un TLI= .97, le modèle ainsi modifié offre désormais une satisfaisante adéquation aux données (Figure 6). Les coefficients de saturations factorielles et leurs intervalles à 95% de confiance générés par Bootstrap (n=1000) sont présentés dans le Tableau 1.5, en annexe. On notera qu'aucun intervalle ne contient une valeur nulle, ce qui signifie que toutes les saturations sont significativement différentes de zéro. On remarquera par exemple qu'il y a 95% de chance que la vraie valeur de la saturation de litem 1 de l'IDC-R pour la population se situe entre .56 et .79. Le risque (*p*= .003) que la limite inférieure de la saturation puisse être zéro est de 0.3%. Ce risque semble très faible pour les deux items problématiques, à savoir l'item 14 (0.6%) et l'item 16 (0.2%).

Figure 6. Modèle empirique unifactorielle du TDP à 17 items



DC = Deuil Compliqué ou TDP, IDC1 = item 1 « je suis accablé(e) par la mort de… », IDC2 = item 2 « je me sens attiré(e) par les endroits et les choses qui ont un lien avec lui (elle) », IDC3 = item 3 «j'éprouve de la nostalgie en pensant à lui (elle) » , IDC4 = item 4 « je me sens seul(e) depuis qu'il (elle) est mort(e) », IDC5 = item 5 « Je fais des efforts pour éviter de me rappeler sa mort », IDC6 = item 6 « J'ai l'impression que le futur n'a plus de sens ou de but sans lui (elle) », IDC7 = item 7 «Je sens que je deviens engourdi(e) ou détaché(e) depuis sa mort », IDC8 = item 8 «Je me sens assommé(e), hébété(e) ou choqué(e) par sa mort », IDC9 = item 9 « Je n'arrive pas à croire à sa mort », IDC10 = item 10 « J'ai le sentiment que la vie est vide ou sans signification sans lui (elle) », IDC11 = item 11 « Il est difficile de m'imaginer que la vie pourrait me combler sans lui (elle) », IDC12 = item 12 « J'ai le sentiment qu'une partie de moi-même est morte avec lui (elle) », IDC13 = item 13 «J'ai le sentiment que la mort a changé ma vision du monde », IDC14 = item 14 « J'ai mal aux mêmes endroits, j'ai quelques uns des mêmes symptômes ou j'ai pris quelques uns de ses comportements ou de ses caractéristiques », IDC15 = item 15 « Je ressens de l'amertume à l'idée de sa mort », IDC16 = item 16 «Vous avez éprouvé ces sentiments durant au moins six mois », IDC17 = item 17 « Je pense que ma peine a détérioré ma vie sociale, professionnelle ou d'autres secteurs de mon fonctionnement ».
Par manque de place, toutes les corrélations de variables résiduelles (erreurs de mesure) ainsi que les coefficients de saturation n'ont pas été représentés sur le diagramme.

La validité de construit

Les corrélations entre les scores obtenus à l'IDC-R et ceux obtenus au Texas Inventaire du Deuil-Révisé, à l'échelle gériatrique de dépression, et la détresse psychologique mesurée par les symptômes psychiatriques de la Symptom Check Liste – 90 sont à même de fournir quelques sérieux indicateurs sur la validité de construit de l'IDC-R (annexe : Tableau 1.6). Les résultats obtenus, à savoir une corrélation positive mais faible avec la dépression telle que mesurée par la EGD ($r= .20$, $p<.05$), et une corrélation positive mais plus forte avec l'intensité de la détresse psychologique ($r= .38$, $p<.01$) plaident en faveur de la validité de construit de l'IDC-R. En effet, la faible corrélation avec la dépression pourrait être interprétée en termes de validité divergente. Le deuil et la dépression sont deux construits psychologiques différents mais reliés. On notera ici que contrairement à l'IDC-R, l'Inventaire Texas Révisé du Deuil ne corrèle pas avec la dépression ($r=.13$, ns). Ceci s'explique par le fait que contrairement à l'inventaire Texas qui mesure les symptômes généraux du deuil, l'IDC-R en mesure les symptômes du deuil lors de situations spécifiques (Tomita et Kitamura, 2002). D'ailleurs, la forte corrélation des scores à l'IDC-R avec la détresse psychologique abonde dans ce sens. On notera aussi la très forte corrélation ($r= .72$, $p<.01$) entre les scores obtenus à l'IDC-R et ceux obtenus au Texas Inventaire du Deuil-Révisé. Une telle convergence plaide encore une fois en faveur de la validité de construit de cette échelle. On notera enfin la faible corrélation entre le deuil et l'anxiété face à la mort ($r=.20$, $p<.05$). Le deuil ne semble pas s'accompagner, ni provoquer une plus forte anxiété face à la mort.

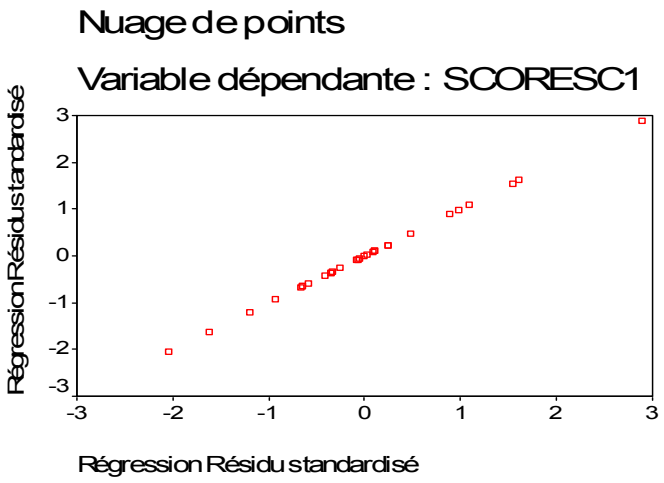
La validité prédictive

De nos résultats, il existe une corrélation positive et significative entre les scores obtenus à l'IDC-R et ceux de la SCL-90-R ($r = .38$, $p \leq .01$). Ainsi, le sujet présentant un deuil compliqué a tendance à présenter, en plus, un ensemble de symptômes. Au-delà de ce lien, pouvons-nous démontrer que des complications au deuil prédiraient le développement de symptômes tels qu'appréhendés à travers la SCL-90-R. Afin d'approcher la validité prédictive de l'IDC-R, nous procèderons à une analyse de régression linéaire simple puisque nous postulons qu'un deuil compliqué (variable indépendante) ($score_{IDCR} > 30.5$, critère démontré plus loin dans nos résultats), selon les critères de diagnostic de Prigerson (1995, 2004), présent chez un sujet prédit le développement d'un ensemble de symptômes (variable dépendante) tels qu'évalué par la SCL-90-R.

L'IDC-R et le SCL-90-R : quelle prédiction ?

L'analyse de régression linéaire simple argumente une linéarité entre les scores à l'IDC-R (T1, première passation) et ceux de la SCL-90-R (T1, première passation) (F = 35.68, ddl = 1, p<.000). De plus, le nuage de point fait apparaître une parfaite linéarité (Graphique 4).

Graphique 4. Nuage de point réalisé sous SPSS rendant compte de la régression linéaire comme relation entre l'ICD-R et la SCL-90-R, en première passation.



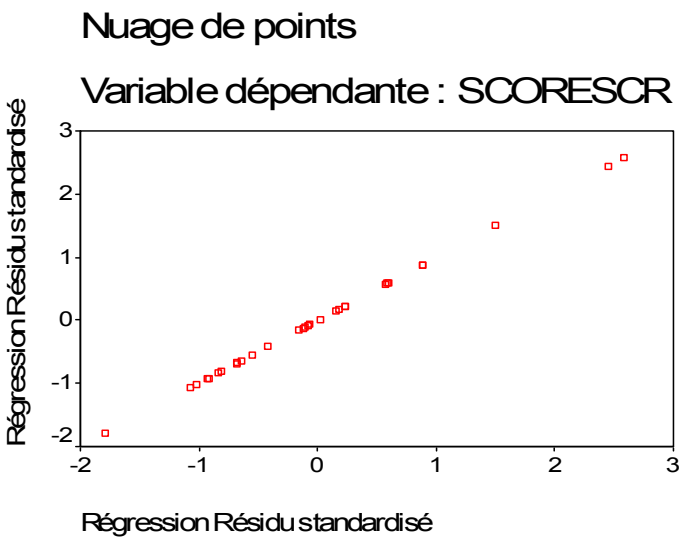
Nous obtenons une équation de régression linéaire du type :

$$\mathbf{score_{SCL\text{-}90\text{-}R(T1)} = 1.89\ X\ (score_{IDC\text{-}R(T1)}) + 34.59}$$

S'ajoute un T-test significatif (t = 6,25, p<.000) pour la variable $score_{IDC\text{-}R(T1)}$ et un bêta égal à .75.

L'analyse de régression linéaire simple argumente une linéarité entre les scores à l'IDC-R(T1) et ceux de la SCL-90-R (T2, deuxième passation) (F = 11.98, ddl = 1, p<.002). De plus, dans ce cas de figure également, le nuage de point dévoile une linéarité parfaite (Graphique 5).

Graphique 5. Nuage de point réalisé sous SPSS rendant compte de la régression linéaire comme relation entre l'ICD-R et la SCL-90-R, en seconde passation.



Nous obtenons une équation de régression linéaire du type :

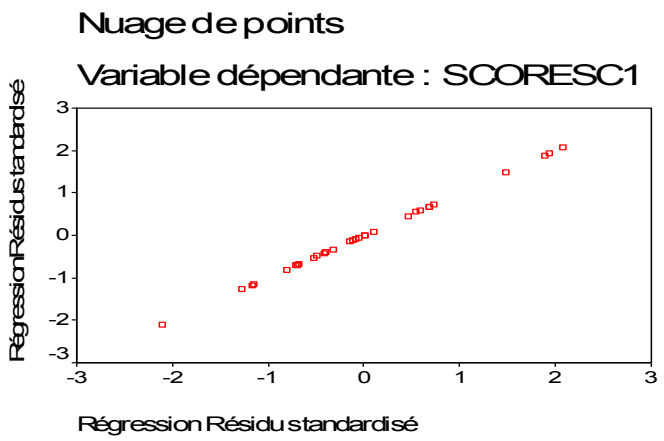
$$\mathbf{score_{SCL\text{-}90\text{-}R(T2)} = 1.66\ X\ (score_{IDC\text{-}R(T1)}) + 33.44}$$

S'ajoute un T-test significatif (t = 3,98, p < .000) pour la variable $score_{IDC\text{-}R(T1)}$ et un bêta égal à .55.

L'TIDR et le SCL-90-R : quelle prédiction ?

L'analyse de régression linéaire simple argumente une linéarité entre les scores à l'TID-R (T1, première passation) et ceux de la SCL-90-R (T1, première passation) (F = 38.86, ddl = 1, p<.000). De plus, le nuage de point fait encore apparaître une parfaite linéarité (Graphique 6).

Graphique 6. Nuage de point réalisé sous SPSS rendant compte de la régression linéaire comme relation entre l'TID-R et la SCL-90-R, en première passation.



Nous obtenons une équation de régression linéaire du type :

$$\mathbf{score_{SCL\text{-}90\text{-}R(T1)} = 1.12\ X\ (score_{TIDR(T1)}) + 19.32}$$

Le T-test est significatif (t = 2,63, p < .01) pour la variable $score_{TIDR(T1)}$, bêta égal à .76.

L'analyse de régression linéaire simple argumente une linéarité entre les scores à l'TID-R (T1, première passation) et ceux de la SCL-90-R (T2, première passation) (F = 16.43, ddl = 1, p<.000). Par ailleurs, le T-test n'est pas significatif (t = 1,15, p < .13) pour la variable $score_{TIDR(T1)}$. Rejetant ainsi le pouvoir prédictive du Texas Inventaire du Deuil Révisé sur le développement de symptômes tels qu'appréhendés par la SCL-90-R.

Nous pouvons ainsi avancer l'idée selon laquelle un deuil compliqué, à travers sa mesure faite par l'IDC-R, prédit le développement d'autres symptômes. Alors que le TIDR ne semble pas pouvoir le démontrer. Ce résultat est concordant avec les recherches déjà effectuées à ce sujet (Prigerson et *al.*, 2008 ; Prigerson et *al.*, 2002 ; Prigerson et *al.*, 1995 ; Prigerson, Bierhals & Kasl, 1997 ; Silverman et *al.*, 2000 ; Simon, Shear, Thompson et *al.*, 2007 ; Zisook, Schneider & Schuchter, 1990 ; Zisook & Schuchter, 1991).

Pour conclure sur cette analyse concernant la pertinence de la validité de l'Inventaire du Deuil Compliqué Révisé dans son adaptation française en version abrégée, cet instrument de mesure démontre, à travers notre protocole de recherche, des qualités métriques indéniables. Le but également de cette première étude est de dégager un potentiel différenciateur de cet outil pouvant servir au diagnostic du deuil compliqué.

5.2.3.3. L'IDC-R : un outil diagnostic

Le potentiel de différentiation

La capacité d'un test à permettre une différentiation assez fine des sujets peut être évaluée par l'entremise de l'indice Delta de Ferguson (1949) dont la valeur varie de 0 (lorsque obtenant le même score, les sujets ne peuvent être différenciés) à 1 (lorsqu'il y a un nombre égal de sujets obtenant chaque score possible au test) (Gana, 1998; Hankins, 2007, 2008). Avec un δ=.975, l'IDC-R démontre un potentiel différentiateur fort satisfaisant[20].

La distribution des scores et des scores cliniquement significatifs

Les scores à l'IDC-R obtenus pars nos participants s'échelonnent de 0 à 56, avec un score moyen de 16,35 (écart-type = 14,16). L'usage clinique de cet inventaire repose sur des

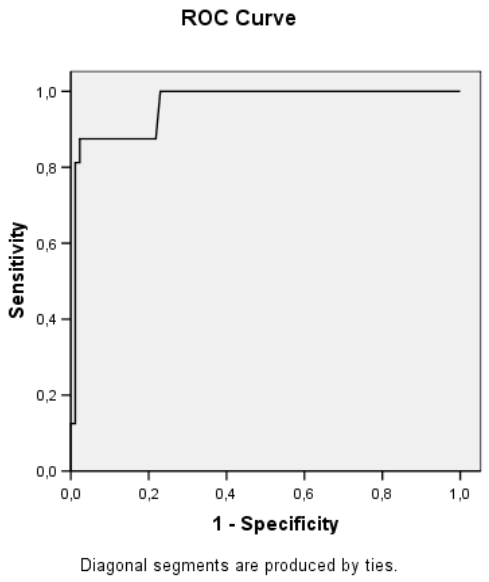
[20] Comme le nombre d'échelons de réponse intervient dans le calcul du Delta, l'item 16 (unique item binaire de l'IDC-R) a été exclu du calcul. Ainsi, le Delta a été estimé sur la base de 16 items.

critères diagnostics proposés par Prigerson et ses collaborateurs (1995, 2004). Ainsi, un diagnostic de deuil compliqué est posé si au moins trois des quatre symptômes relatifs à la détresse de séparation (Critère-A), six des onze symptômes relatifs à la détresse traumatique (Critère-B), et le critère de dysfonctionnement (Critère-D) obtiennent une réponse « souvent » ou « toujours », et si ces symptômes sont présents depuis au moins six mois (Critère-C). En appliquant cet algorithme d'évaluation clinique, 15,5% de nos participants semblent développer un deuil compliqué[21]. Un examen de la littérature nous révèle que 10 à 20% des personnes endeuillées développent des complications (Bonanno & Kaltman, 2001 ; Jacobs, 1993). Récemment, Holland, Neimeyer, Boelen, et Prigerson (2009) trouvent que 17,8% de leurs participants présentaient les symptômes du deuil compliqué.

Si les critères retenus pour le diagnostic du deuil compliqué ou du TDP conviennent à la pratique clinique, leur utilisation ne convient pas forcément à la recherche et à l'épidémiologie. Ainsi, il est utile établir des scores cliniquement significatifs permettant de discriminer le deuil compliqué du deuil normal, discrimination utilisable en recherche et en épidémiologie. Pour ce faire, nous avons fait appel à la courbe ROC (*Receiver Operating Characteristic*) afin d'établir la valeur seuil diagnostique de deuil compliqué à partir des scores de l'IDC-R. Il s'agit de déterminer le meilleur seuil entre les valeurs pathologiques et les valeurs normales (Moise, Salamon, Commenges & Clement, 1986). La courbe a porté sur les résultats à l'IDC-R de deux groupes : d'un coté les 15,5% diagnostiqués présentant un «deuil compliqué » et de l'autre le reste de l'échantillon. La Figure 7 présente la Courbe ROC de l'IDC-R dans le diagnostic du deuil compliqué.

[21] Une comparaison des scores obtenus à Inventaire Texas Révisé du Deuil (TRD) et à la Symptôm Check List-90-R (SCL) mesurant la sévérité de la détresse psychologique révèle des différences importantes et significatives entre les sujets diagnostiqués vivant un deuil compliqué (n=16) et les autres (n=87) : tailles d'effet (*d* de Cohen)= .76 pour les réactions au deuil (TRD) et 1.50 pour la détresse psychologique. On notera qu'il y avait aussi différence significative (p=.046 avec le *Robust test of equality of means*) entre les deux groupes au niveau de la dépression telle que mesurée par la GDS, dont la taille d'effet était de .44.

Figure7. La courbe ROC de l'IDC-R dans le diagnostic du deuil compliqué



L'examen de cette courbe nous révèle que la valeur seuil de l'IDC-R servant à diagnostiquer le deuil compliqué, à savoir 30.5, possède une sensibilité avoisinant .88 et une spécificité proche de 1. Par ailleurs, l'aire sous la courbe vaut .96 (95% IC= 92-1.00). Rappelant qu'un test est d'autant meilleur (parfait) que cette valeur est proche de 1.

5.3. Conclusions et discussion : vers un diagnostic du trouble de deuil persistant

Les réactions face à la mort d'une personne chère s'inscrivent sur un continuum dont les deux extrémités sont, d'une part, le deuil «normal» et, d'autre part, le deuil «compliqué». D'après Holland et ses collaborateurs (2009), ce dernier ne constitue pas une catégorie à part issue d'une quelconque subdivision binaire du deuil en deux catégories opposées. Ainsi, la complication du deuil est une question de degré de sévérité et d'intensité des réactions au décès d'un être cher ainsi que de leur impact sur l'adaptabilité du sujet. Le deuil compliqué renvoie à une intense détresse de séparation associée à une détresse traumatique. Lors de l'expérience du deuil compliqué, les survivants se questionnent quant à leur propre vie avec une tonalité pessimiste en se demandant pourquoi ils vivent. La perspective d'un futur épanouissant sans le défunt ne peut être envisagée. La vie après la perte s'inscrit dans une réalité difficile et importune que beaucoup ont du mal à accepter.

Ces survivants ressentent une profonde détresse accompagnée d'une nostalgie et d'un alanguissement pour le défunt, un sentiment de vide et un manque d'intérêt, des troubles de détachement, d'hébétude, parfois même, le sentiment qu'une partie d'eux s'en est allée avec le défunt (Prigerson et *al.*, 1995b). Lorsqu'elles perdurent au-delà de 6 mois, les complications du deuil sont de nature à provoquer un trouble appelé récemment «trouble du deuil persistant» dont le syndrome et les critères diagnostics pourraient figurer dans les prochaines versions du *DSM* et de la *CIM* (Prigerson et *al.*, 2009).

L'objectif de notre recherche était de valider une version française de *l'Inventory of Complicated Grief-R*evised (Prigerson et *al.*, 2004) dont les scores pourraient être utilisés aussi bien en clinique qu'en recherche et en épidémiologie du « trouble du deuil persistant ». Nos résultats offrent des arguments assez robustes en faveur des qualités psychométriques des scores obtenus par l'entremise de cet inventaire auprès de personnes âgées. En effet, sa cohérence interne, sa stabilité temporelle, la fiabilité de ses scores se sont révélées satisfaisantes. Concernant la validité de structure de cet inventaire, les résultats d'analyses factorielles confirmatoires plaident en faveur de son unidimensionnalité. Il convient de rappeler ici que la validité de structure est d'une importance capitale pour une mesure, puisque nous savons bien que la structure factorielle est avant tout la représentation d'une définition opérationnelle du construit, ainsi que du fondement théorique qui le sous-tend (Brown, 2006). Par ailleurs, elle détermine la manière dont les scores seront utilisés : un score global, des sous-scores, ou les deux ? Ainsi, Il est évident que l'invariance d'un modèle de mesure selon les populations pourrait signifier la validité de la construction théorique dont il est la représentation empirique. En effet, une échelle est d'autant plus valide qu'elle convient à différents échantillons, car le pire scénario serait de se retrouver avec autant de modèles de mesure que d'échantillons. Même s'ils ne remplacent guère les études de contre-validation, les résultats de notre procédure de rééchantillonnage (*Bootstrap*) ont démontré la robustesse et la stabilité des estimations des paramètres du modèle de mesure représentant l'IDC-R. On notera toutefois que les saturations factorielles de deux items, à savoir l'item 14 et l'Item 16, se sont révélées inférieures à .40 (valeur minimale conseillée par Ford, McCallum et Tait, 1996). Le format binaire de l'item 16 évaluant la durée du deuil pourrait expliquer sa piètre performance à représenter le facteur latent auquel il est relié. Quant à l'item 14, «J'ai mal aux mêmes endroits, j'ai quelques uns des mêmes symptômes ou j'ai pris quelques uns de ses comportements ou de ses

caractéristiques », sa piètre performance factorielle pourrait s'expliquer par sa formulation longue et ambiguë. Une réécriture de cet item nous semble nécessaire. De plus, sa validité prédictive éprouvée appuie également le pouvoir du deuil compliqué sur le développement de pathologies ultérieures – valeur prédictive qui ne semble pas s'appliquer aux complications du deuil telles que mesurées par le Texas Inventaire du Deuil Révisé.

En ce qui concerne la validité de construit, nos résultats ont dévoilé, comme attendu, un lien assez fort entre le deuil compliqué et les symptômes du deuil normal mesurés par l'Inventaire Texas Révisé du Deuil, et un lien plutôt faible avec la dépression. Ainsi, bien que reliés, le deuil compliqué et la dépression ne peuvent être réductibles l'un à l'autre. On notera enfin le lien modéré entre deuil compliqué et détresse psychologique. Toutefois, lorsque l'on compare les sujets diagnostiqués vivant un deuil compliqué ou persistant avec les autres, on observe que les premiers affichent une détresse psychologique beaucoup plus forte que les seconds (*d* de Cohen= 1.50). Ce résultat conforte les critères utilisés dans le but de poser le diagnostic clinique du TDP. En effet, le pourcentage de nos participants diagnostiqués souffrant d'un TDP avoisine ceux rencontrés dans la littérature (Holland et *al.*, 2009). Toutefois, le recours à ces critères diagnostics n'est guère approprié lorsque l'on souhaite utiliser l'IDC-R dans le cadre des recherches empiriques et épidémiologiques. Les résultats de la courbe ROC nous révèle qu'un score à l'IDC-R supérieur à 30.5 peut être considéré comme un score cliniquement significatif permettant de diagnostiquer un TDP.

Pour conclure, l'étroitesse de notre échantillon nous incite à être prudent et à ne pas exclure la nécessité d'études de contre-validation. En effet, malgré leur efficacité, les procédures de rééchantillonnage ne peuvent guère remplacer les contre-validations notamment auprès d'autres groupes d'âge et d'autres cultures.

Après avoir entrepris la validation de l'Inventaire de Deuil Compliqué Révisé, appréhendons, maintenant, dans une seconde étude, si le deuil compliqué peut s'inscrire dans la validation d'un modèle explicatif du fonctionnement psychologique de la personne âgée endeuillée.

Chapitre 6. TDP et personnalité : Test d'un modèle explicatif

Comprendre la dynamique des complications au deuil revient à déterminer les facteurs endogènes et exogènes susceptibles d'influencer les capacités adaptatives et leur manière d'interagir entre eux. Dans cette perspective, il convient de proposer des modèles explicatifs pouvant rendre compte de la psychologie et psychopathologie du deuil. Dans ce sens, il est préférable de s'inscrire dans une démarche hypothético-déductive et confirmatoire : le modèle est d'abord spécifié, ensuite, éprouvé. Représentation plutôt simplifiée de la réalité, un modèle désigne un système hypothétique dans lequel un ensemble de variables entretiennent entre eux des relations diverses. L'hypothèse, dont le modèle est une simple formalisation, porte ici sur l'organisation précise de ces phénomènes au sein d'un système explicatif théoriquement argumenté.

Nous les avons présentés plus haut, bon nombre de modèles théoriques du deuil et de ses complications ont été proposés. A défaut d'être entièrement validés car trop complexes, ces modèles forts heuristiques offrent le cadre théorique pour s'inscrire dans une démarche confirmatoire et soumettre à l'épreuve des faits des modèles plus testables. Nous nous proposons ici de soumettre à l'épreuve des faits un modèle explicatif du TDP mettant en lien la personnalité, les données contextuelles et factuelles ainsi que les ressources psychologiques et les mécanismes de défense. Présenté dans la Figure 8, ce modèle en pistes causales fait l'hypothèse que les ressources psychologiques et les mécanismes de défense médiatisent totalement les liens entre la personnalité et le deuil compliqué – **modèle de la médiation totale**. Il s'agit d'un modèle non-récursif incluant une boucle de rétroaction qui fait l'hypothèse que le sentiment de cohérence et le mécanisme de défense de type immature entretiennent des effets réciproques l'un sur l'autre.

Depuis maintenant une décennie, de nombreux chercheurs ont tenté de proposer des modèles pour expliquer les réactions que suscitait la perte d'un être cher ainsi que leurs issues possibles sur la santé physique et mentale de l'endeuillé. Tour à tour qu'il s'agisse de considérer ces réactions comme le produit d'une régulation émotionnelle et cognitive (Stroebe & Schut, 1999), comme relevant de processus complexes d'autorégulation émotionnelle (Fisher, Shaver & Carnochan, 1990 ; Shaver, Schwartz, Kirson & O'Connor, 1987 ; Shaver & Tancredy, 2001), comme dépendant à la fois du style d'attachement de

l'endeuillé, de la nature de la perte ainsi que de sa signification médiatisée par le décès d'une personne dite significative (Neimeyer, Prigerson & Davies, 2002), comme issues du deuil et de son évaluation influencée par des facteurs de risques tant externes qu'internes (Stroebe et *al.*, 2006) ou, bien, simplement, comme la qualité du partage narratif concernant le vécu de perte (Baddeley & Singer, 2009), d'aucuns n'ont considéré (peut-être brièvement évoqué mais jamais développé) le rôle fondamental que peut jouer la personnalité de l'endeuillé dans sa négociation pour faire face à la douloureuse perte d'un être cher. Le constat, dressé par Bonanno (1999), que «*individual differences in personality disposition are often cited among the most likely predictors of grief severity… Despite this common assumption, however, there have been remarkably little in the way of systematic research on the role of personality in bereavement"*[22] (p.41) n'a pas tellement changé. Les effets aussi bien directs qu'indirects de la personnalité sur le deuil et ses complications restent à être étudié et validé. La personnalité est l'essence même de tout individu dans ce qu'il laisse entrevoir comme complexité émotionnelle et comportementale. La personnalité est cette couleur qui teinte les processus et mécanismes d'adaptation face au deuil. Elle est également considérée lors de développement de troubles psychopathologiques (Cloninger, 1999 ; Hansenne, 2007 ; Hansenne, Reggers, Pinto et *al.*, 1999 ; Hirschfeld, 1999). Bien que plusieurs modèles théoriques présentent la personnalité comme un facteur susceptible d'intervenir dans les complications des deuils, les rares recherches (Meuser & Marwit, 2000 ; Robinson & Marwit, 2006) disponibles utilisent le modèle à cinq facteurs (*Big Five*) pour étudier et évaluer la personnalité. Cependant, aucune recherche, à notre connaissance, ne s'est intéressée aux liens que pouvaient entretenir personnalité et réactions au deuil au sein d'un modèle structural. Nous pouvons également enchérir sur le fait qu'aucun modèle proposé à ce jour pour comprendre les issues psychologiques du deuil n'a trouvé de validation empirique. Alors que penser scientifiquement de l'explication des mécanismes psychologiques à l'œuvre lors du deuil, et, encore plus, lors du développement d'un trouble du deuil persistant ?

Quant aux rôles des ressources psychologiques, les recherches disponibles se limitent aux stratégies issues du modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1984, cité

[22] « Les dispositions de la personnalité au sein des différences individuelles sont souvent cités parmi les prédicteurs les plus probables de la sévérité concernant la douleur ... En dépit de cette hypothèse commune, il y a eu, cependant, étonnamment peu de recherches systématiques sur le rôle de la personnalité lors du deuil »

par Stroebe et *al.*, 2006). Notre modèle se distingue par le fait qu'il intègre pour la première fois, si l'on en croit la base PsycInfo, la personnalité telle que définie et évaluée par le modèle biopsychosocial de Cloninger et par le fait d'intégrer le sentiment de cohérence et les mécanismes de défense comme stratégies adaptatives de régulation. Nous nous proposons, dans ce qui suit, d'en expliciter les détails selon :

1. la Personnalité
2. les facteurs contextuels et factuels
3. les ressources psychologiques (sentiment de cohérence)
4. Les mécanismes de défenses

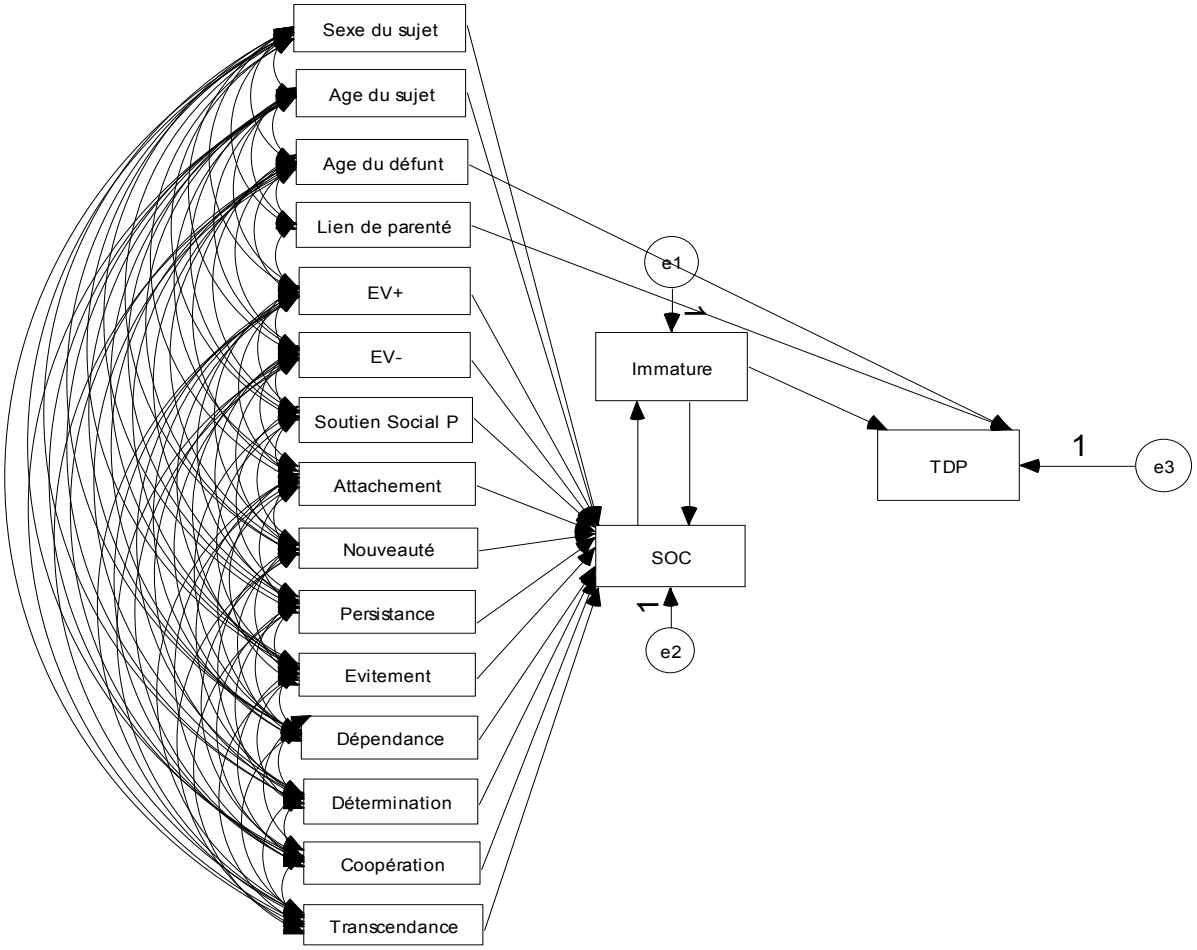
tels que représentés à la figure 5 concernant le modèle en pistes causales de la médiation totale entre personnalité et TDP à travers le sentiment de cohérence et les mécanismes de défense de type immature.

6.1. Le modèle en pistes causales de la médiation totale entre personnalité et TDP à travers le sentiment de cohérence et les mécanismes de défense de type immature.

6.1.1. La personnalité comme facteur explicatif fondamental du TDP

Nous avons opté pour le modèle biopsychosocial de la personnalité de Cloninger car, comme le souligne Hansenne (2007), il a été développé en relation avec d'abondantes données cliniques, neurobiologiques et génétiques, d'une part, et, d'autre part, car il n'a jamais été étudié en relation avec le deuil et ses complications. Partant de ces données spécifiques, Cloninger (1986, 1987, 1988, cité par Hansenne 2007) propose un modèle dimensionnel de la personnalité, dimensions indépendantes les unes des autres qui sous-tendent les caractéristiques du comportement comme ayant tendance à s'*activer*, s'*inhiber* ou se *maintenir*. Ces premières dimensions ou tempéraments que sont la recherche de nouveauté, l'évitement du danger et la dépendance à la récompense seraient des composantes innées dont l'origine serait héréditaire, donc génétique. De plus, ce modèle des tempéraments de la personnalité soutient l'hypothèse d'une continuité des constituants de la personnalité, et, par là-même, d'une continuité entre « normal » et pathologique (Hansenne, 2007). Ces trois dimensions prennent racine à partir de facteurs génétiques et de

Figure 8. Le modèle en pistes causales de la médiation totale entre personnalité et TDP à travers le sentiment de cohérence et le style de défense immature.



Liebowitz (1987, cité par Hansenne 2007), Zuckerman (1988, cité par Hansenne 2007) et Eysenck (1990, cité par Hansenne 2007) n'ont eu de cesse de critiquer ce modèle biopsychosocial, jugé tour à tour comme trop simpliste, comme plagiant d'autres modèles existants, comme incomplet, etc. Cloninger répond à ces critiques en allant plus loin encore dans ses considérations théoriques. Il propose alors un modèle à sept dimensions, composées de quatre tempéraments (la recherche de nouveauté, l'évitement du danger, la dépendance à la récompense et la persistance) et de trois caractères (l'auto-détermination ou la détermination, la coopération et la transcendance). Ces caractères sont « des dimensions de la personnalité déterminées par l'apprentissage social et l'apprentissage cognitif » (Hansenne, 2007). Ils ont une tendance à moduler les tempéraments de la personnalité dans leurs expressions (Hansenne, 2007). Ainsi, nous aboutissons à une compréhension plus fine des dimensions de la personnalité avec les quatre tempéraments définis à travers (Cloninger et *al.*, 1993, 1994 ; Cloninger, 1998, 1999 ; Hansenne, 2007) :

- la recherche de nouveauté qui est « la tendance à répondre par l'excitation ou l'exaltation à des stimuli nouveaux »,
- l'évitement du danger comme la tendance, d'un individu, « à répondre plus ou moins intensément à des stimuli aversifs, avec une réponse d'inhibition pour éviter les punitions, la nouveauté et les frustrations »,
- la dépendance à la récompense ou « la propension à répondre sans cesse de manière intense à des signaux de récompense, comme l'approbation sociale et interpersonnelle, et, à éviter les punitions »,
- la persistance qui renvoie à « la tendance d'un individu à poursuivre un comportement sans prendre ses conséquences en considération »

et les trois caractères que sont (Cloninger et *al.*, 1993, 1994 ; Cloninger, 1998, 1999 ; Hansenne, 2007) :

- l'auto-détermination renvoie à « l'aptitude d'un individu à contrôler, réguler et adapter ses comportements pour faire face à une situation en accord avec ses valeurs et ses orientations personnelles »,
- la coopération « prend en considération l'acceptation des autres ; un individu coopérant est décrit comme tolérant, sociable, empathique, prêt à aider et compatissant »,

- la transcendance est une « dimension spirituelle de la personnalité » ; elle renvoie aux croyances des individus.

Ces trois caractères de la personnalité, postulés par Cloninger, rendent compte, à des degrés divers, de certains niveaux de maturité concernant la personnalité – la maturité individuelle, sociale et spirituelle relativement aux caractères d'auto-détermination, de coopération et de transcendance (Hansenne, 2007). Bien que les relations entre la personnalité et les troubles psychologiques sont complexes, l'Inventaire de Tempérament et de Caractère, basé sur le modèle biopsychosocial de Cloninger, a permis de rendre compte de bon nombres de liens entre personnalité et psychopathologie. De récentes études ont permis de mettre en exergue le rôle du caractère de transcendance dans la présence d'une dépression sévère (Rousselet, Mirabel-Sarron, Rusinek et *al.*, 2008) ainsi que l'impact du tempérament d'évitement du danger dans ce trouble de l'humeur (Hansenne & Bianchi, 2009), le rôle prédisposant de la faiblesse du tempérament de persistance, couplée à celle du caractère d'auto-détermination dans le développement de psychopathologies telles que l'anxiété obsessionnelle-compulsive, les symptômes phobiques, l'hostilité, la colère et la psychose (Martinotti, Mandelli, Di Nicola et *al.*, 2008 ; Minaya & Fresán, 2009), le lien existant entre le tempérament « évitement du danger », un faible support social perçu et le développement d'une dépression (Yuh, Neiderhiser, Spotts, Pedersen et coll., 2008 ; Celikel, Kose, Cumurcu et coll., 2009) ainsi que le lien entre ce tempérament, couplé à un caractère de transcendance, dans la sévérité des troubles de stress post-traumatique (Yoon, Jun, An et *al.*, 2009). L'Inventaire de Tempérament et de Caractère (TCI) de Cloninger ne cesse d'être employé pour mettre en perspective le rôle de la personnalité dans le développement de pathologie mentale. Par ailleurs, un certain nombre de limites s'imposent quant au modèle biopsychosocial de Cloninger. En effet, bien que ce modèle possède des bases solides, obtient un engouement concernant la recherche fondamentale, et, permet une évaluation rapide de la personnalité afin d'avoir des éléments de confrontation servant à un diagnostic psychopathologique, il n'en demeure pas moins que l'une des principales failles réside dans une approximation des catégories de la personnalité, rendant le jugement clinique parfois bien difficile, voir empli de réserves (Hansenne, 2007). Par ailleurs, comme le souligne Hansenne (2007), « beaucoup d'entre nous ne peuvent effectivement être catégorisés ».

Le lien entre personnalité et psychopathologie a eu une influence considérable en recherche dans le domaine de la psychiatrie et, dans une moindre mesure, en psychologie.

L'inventaire de Cloninger concernant la mesure des tempéraments et des caractères, selon son modèle biopsychosocial, a été largement utilisé dans une centaine d'articles scientifiques publiés. Dans une perspective complémentaire, la théorie des processus neurochimiques associées à des expressions extrême relatives au tempérament (Cloninger, 1987a, cité par Farmer & Golberg, 2008) suggère que, pour ces individus, la médication ciblant spécifiquement ces neurotransmetteurs associés au tempérament extrême serait pertinente pour traiter les symptômes psychopathologiques présents (par exemple, les médicaments dopaminergiques pourraient être plus efficaces que d'autres pour traiter les pathologies liées au tempérament extrême de « recherche de nouveauté », ceux sérotoninergiques pourraient être plus utiles pour les personnes ayant une forte tendance à éviter le danger, et enfin, ceux noradrénergiques les plus efficaces lors d'un tempérament extrême de « dépendance à la récompense ») (Svrakic et *al.*, 2002). Cloninger et ses collègues ont, également, suggéré que les médicaments psychotropes ne devraient pas modifier les dimensions relatives au caractère. Farmer et Golberg (2008) surenchérissent dans les critiques qu'ils apportent envers le TCI-R, et, plus largement, envers la théorie de Cloninger en soulignant que les données pertinentes relatives à ces hypothèses médicales sont très mitigées. Bien que l'activité sérotoninergique a été théoriquement liée au tempérament « évitement du danger » (Hansenne et *al.*, 1997 ; Peirson et *al*., 1999 ; Pfohl, Noir, Noyes et *al.*, 1990), cette même activité a également été associée au caractère de « détermination » (Peirson et *al.*, 1999). Des études pharmacologiques ont examiné les associations supposées entre les tempéraments extrêmes et les classes d'antidépresseurs (agissant sur certains neurotransmetteurs ou empêchant leur dégradation). Elles ont rapporté des résultats très contradictoires (Joyce et *al.*, 2004 ; Joyce, Mulder & Cloninger, 1994 ; Nelson & Cloninger, 1995, 1997; Newman et *al.*, 2000 ; Tome, Cloninger, Watson & Isaac, 1997 ; Sato et *al.*, 1999). De plus, certaines recherches mettent en avant qu'il existe davantage d'associations entre des dimensions de caractère et la réponse au traitement antidépresseur (Sato et *al.*, 1999), qui est également incompatible avec le modèle de Cloninger. Enfin, la théorie de Cloninger affirme que le tempérament et le caractère se développent de façon séquentielle – le développement du tempérament précédant celle du caractère (Cloninger & Gilligan, 1987, cité par Farmer & Golberg, 2008) alors que les résultats de Constantino et de ses collaborateurs (2002) indiquent que les dimensions de tempérament et celles de caractère sont relativement stables entre l'âge de 30 mois et de

65 mois, la dimension de caractères n'étant pas significativement corrélées avec l'âge. Globalement, les différentes études menées ne sont pas concordantes quant aux principales hypothèses postulées par la théorie de Cloninger, ni quant au soutien d'une structure concernant les traits de personnalité tels que mesurés dans plusieurs versions de l'inventaire (Farmer & Golberg, 2008). Bien que ces recherches ont donné de nombreux résultats utiles, le modèle ainsi que les mesures utilisées pour opérationnaliser les principaux éléments de personnalité présentent plusieurs failles importantes et limites dans l'exploration et l'explication des processus fondamentaux liant la personnalité et à la psychopathologie. Nous faisons, dans notre modèle (Figure 5), l'hypothèse que le tempérament et le caractère n'auront que des effets indirects sur le TDP par l'entremise des mécanismes de défense et des ressources psychologiques du sujet comme le sentiment de cohérence. Dans ce sens, plusieurs recherches ont démontré ces effets indirects de la personnalité sur différents phénomènes psychologiques tels que la consommation de drogues (Xiao, 2008) ou la dépression (Jue et *al.*, 2009).

6.1.2. Les facteurs contextuels et factuels à l'œuvre dans la survenue d'un TDP

Les évènements de vie

Les théories cognitives et psychanalytiques ont ensemble convergé vers un cadre théorique similaire postulant qu'il existe des caractéristiques de la personnalité rendant compte de la vulnérabilité face au développement de symptômes dépressifs selon l'expérience d'une suite d'événements de vie négatifs/stressants (Morse & Robins 2005). En terme de personnalité, les individus présentant un profil de type névrotique sont davantage enclins aux symptômes dépressifs (Abrams et *al.*, 1991) lors d'un vécu d'évènements de vie stressants. Ce résultat prédit, d'autant plus, le risque accru de développer une dépression en fin de vie (Oldehinkel et *al.*, 2001 ; Morse & Robins, 2005). De plus, les évènements de vie stressants peuvent avoir un fort impact sur la santé des personnes âgées en comparaison avec les personnes plus jeunes (Bieliauskas, Counte & Glandon, 1995).

Les caractéristiques du défunt et de l'endeuillé

Comme ces aspects ont déjà été développés dans les chapitres précédents 1, 2 et 3, rappelons qu'en ce qui concerne les caractéristiques du défunt, il est maintenant bien entendu que le deuil le plus douloureux est celui concernant la perte d'un enfant. Par ailleurs, la douleur de la perte prend également racine dans tout lien d'attachement

significatif pour la personne survivante, ainsi, la perte d'un mari ou d'une épouse peut-être également, à des degrés divers, source de souffrance psychologique et donc de développement psychopathologique induit par le deuil. Dans ce sens, la souffrance est d'autant plus importante que le nombre d'années partagées ensemble l'est tout autant. Concernant l'endeuillé, nous ne sommes pas sans savoir qu'il existe une proportion plus importante chez les femmes à développer un TDP. Ce constat s'accentue encore davantage avec l'avance en âge, marquée par une vulnérabilité, parfois, grandissante. Notre modèle fait, ainsi, l'hypothèse que l'âge du défunt ainsi que le lien de parenté exerceraient un effet direct sur le TDP. Plusieurs recherches ont montré, comme celle de Prigerson et de ses collaborateurs (2002, cités par Lichtenthal, Cruess & Prigerson, 2004), que les liens de parenté du premier degré recouvraient des facteurs de risque dans la survenue de complications au deuil chez les femmes pakistanaises, d'autant plus lorsque l'endeuillée a partagé durant de nombreuses années la vie du défunt avant sa mort (Zech, 2006).

6.1.3. Les ressources psychologiques

Le sentiment de cohérence

Au cours des dernières décennies, il s'est produit un changement dans les domaines de recherche portant sur le stress, l'adaptation et la santé. Les premières recherches ont adopté une orientation pathogène, se concentrant sur la manière dont les événements de vie stressants prédisposaient une personne à une variété d'impacts négatifs sur sa santé. Plus récemment, un certain nombre de théoriciens et de chercheurs ont adopté une orientation salutaire en explorant les facteurs qui aideraient une personne à maintenir un bien-être physique et psychologique face à des facteurs de stress (Antonovsky, 1991, 1992). L'un des principaux partisans de cette orientation est Antonovsky (1993) qui a proposé l'opérationnalisation du Sentiment de Cohérence (SOC), le décrivant comme une «orientation globale, un sentiment de confiance omniprésent lors d'événements de la vie pour lesquels on doit faire face de sortes à ce qu'ils soient compréhensibles, que l'on dispose des ressources adaptatives pour répondre aux exigences de ces événements et que ces demandes soient significatives et dignes d'un engagement » (1987, p. 19). Antonovsky (1991, 1993) souligne l'idée selon laquelle cette orientation donne le sentiment que la vie est compréhensible, gérable et significative. Ces trois composantes constituent la compréhension cohérente qu'une personne a du monde qui l'entoure. La personne ayant un

fort sentiment de cohérence est cognitivement et affectivement capable d'ordonner la nature des problèmes rencontrés, étant prêtes à les affronter (Antonovsky, 1992). Cette même personne est susceptible de dévoiler une santé plus saine sur le continuum normal/pathologique. A l'inverse, une personne présentant un faible SOC rencontrera plus de difficultés pour faire face à l'adversité (Antonovsky, 1992). Bien qu'Antonovsky (1993) a soutenu que le SOC n'est pas essentiellement une variable tampon du stress, un nombre croissant d'études ont examiné le SOC comme une ressource de tampon au stress ou ont exploré son effet tampon (Jorgensen, Frankowski & Carey, 1999 ; Korotkov, 1993). Depuis le développement d'une échelle pour mesurer ce sentiment de cohérence, son opérationnalisation a reçu une attention considérable (Caramel & Berstein, 1989 ; Feldt, Lintula, Suominen et *al.*, 2006 ; Gana & Garnier, 2001 ; Hakanen, Feldt & Leskinen, 2007 ; McSherry & Holm, 1994 ; Smits, Deeg & Bosscher, 1995 ; Suominen, Helenius, Blomberg et *al.*, 2001 ; Wolff & Ratner, 1999). Sur l'ensemble des résultats de ces études, sont soutenues, à la fois, la fiabilité et la validité de l'échelle Antonovsky (SOC) ainsi que l'utilité du concept sous-jacent. Le sentiment de cohérence serait lié à des niveaux moindres de dépression, d'anxiété, de stress inhérent à la vie et de symptômes physiques (Berstein & Carmel, 1987, 1991 ; Bowman, 1996 ; Caramel & Berstein, 1989 ; Flannery & Flannery, 1990 ; Flannery, Perry, Penk & Flannery, 1994 ; Frommberger et *al.*, 1999 ; Konttinen, Haukkala & Uutela, 2008 ; McSherry & Holm, 1994 ; Rennemark & Hagberg, 1999 ; Schnyder, Buechi, Sensky & Klaghofer, 2000 ; Tang & Li, 2008). Il améliorerait le niveau de bien-être psychologique et physique en lien avec les capacités fonctionnelles (Carmel, Anson, Levenson et *al.*, 1991 ; Cohen & Dekel, 2000 ; Kivamaki, Feldt, Vahtera & Nurmi, 2000 ; Lustig, Rosenthal, Strauser & Haynes, 2000 ; Ryland & Greenfeld, 1991 ; Smits et *al.*, 1995) ainsi qu'un meilleur fonctionnement social (Drageset, Eide, Nygaard et *al.*, 2009 ; Langeland & Wahl, 2009). De plus, le SOC atténuerait une affectivité négative (Pallant & Lae, 2002 : Schneider et *al.*, 2004) et serait au service de l'efficacité des capacités adaptatives (Bergh, Baigi, Fridlund & Marklund, 2006 ; Surtees, Wainwright & Khaw, 2006). Du point de vue de la personnalité, un fort sentiment de cohérence serait en lien avec l'extraversion, l'ouverture à l'expérience, la caractéristique de conscience, d'agréabilité et le névrotisme (Feldt, Metsäpelto, Kinnunen & Pulkkinen, 2007). Selon Antonovsky, l'effet tampon au stress du sentiment de cohérence peut s'apprécier à travers son influence sur le choix des stratégies d'adaptation adaptées. Alors que le sentiment de cohérence n'est pas une stratégie d'adaptation en elle-même, les

personnes ayant un SOC élevé sont plus enclines à adopter, avec souplesse, un répertoire de stratégies adaptatives selon une situation spécifique (Antonovsky, 1992). Le SOC s'appréhende à travers trois dimensions que sont : la compréhension, la maniabilité et la significativité. Le sentiment de cohérence renvoie, dès lors, au fait qu'une personne appréhende sa vie selon qu'elle soit compréhensible, contrôlable et porteuse de sens. La compréhension est une composante cognitive se référant au degré avec lequel l'individu donne sens aux informations le concernant et concernant son environnement social. La maniabilité s'exprime à travers l'impression qu'a l'individu face à ses ressources personnelles. La signification, le fait de « donner sens à… », est une composante motivationnelle. Par ailleurs, Antonovsky (1993) insiste sur le fait que, contrairement à certains autres concepts plus ou moins proches tels que le sentiment d'auto-efficacité (*self-efficacy*), le locus de contrôle ou la stratégie de résolution de problèmes qui restent spécifiques à certaines cultures et plutôt appropriés à certains stresseurs particuliers, le sentiment de cohérence est un concept universel qui transcende les cultures, les sexes ainsi que les classes sociales : «*It does not refer to a specific type of coping strategy, but to factor which, in all cultures, always are the the basis for successful coping with stressors. This of course, does not mean that different groups will have an equally strong average of sense of coherence* »[23] (p.726). Plusieurs recherches, dont celle de Gana (2001), ont montré le rôle médiateur du sentiment de cohérences entre les adversités de la vie et la santé tant mentale que physique. Dans cette acceptation, notre modèle supporte l'hypothèse selon laquelle le sentiment de cohérence exercerait, en tant que facteur de base, un effet sur le style défensif immature qui, en retour, exercerait un effet sur le sentiment de cohérence car, *in fine*, le choix et le recours (conscient et/ou inconscient) à une telle défense inadaptée feraient basculer la santé mentale du sujet dans le versant de la psychopathologie.

Le soutien social perçu

Les personnes percevant peu de support social ont tendance à développer davantage de symptômes dépressifs, voir un épisode dépressif majeur (Kim, Duberstein, Sörensen & Larson, 2005 ; Koenig, 1998 ; Koenig et *al.*, 2006 ; Koenig, Meador, Sheld et *al.*, 1991). De

[23] « Il ne se réfère pas à un type particulier de stratégie d'adaptation mais à des facteurs qui, dans toutes les cultures, constituent toujours la base de la réussite de l'adaptation face aux sources de stress. Bien entendu, cela ne signifie pas que les différents groupes auront une moyenne d'intensité égale de sentiment de cohérence »

plus, si elles présentent une personnalité de type névrotique et un faible sentiment d'auto-efficacité dans les relations interpersonnelles, ces dernières auront tendance à ne pas percevoir le support social qui les entoure (Kim, Duberstein, Sörensen & Larson, 2005). Moreira et ses collaborateurs (2003) soutiennent l'idée selon laquelle le manque de soutien social perçu et son impact sur la détresse psychologique seraient en fait une des conséquences d'un style d'attachement de type insécure. Par ailleurs, le soutien social perçu pourrait jouer un rôle tampon entre le style d'attachement et la détresse psychologique (Cohen & Wills, 1985, cités par Moreira et *al*., 2003). De plus, le soutien offert au sein d'une relation intime semble avoir moins d'effet chez les individus ayant un style d'attachement insécure, tandis que l'appui fourni au sein de relations plus amicales, a eu un effet plus fort chez ces mêmes personnes, en particulier si celles-ci présentaient une personnalité de type évitante (Moreira et *al.*, 2003).

Le lien d'attachement

Le style d'attachement d'un individu est fortement lié à l'estime qu'il a de lui-même (Laibe, Carlo & Roesch, 2004). Ainsi, plus les liens d'attachement avec les parents sont sécures, plus l'individu possède une haute estime de soi. Dans ce sens, la qualité de l'attachement liée à l'estime de soi est dès lors un facteur protecteur face aux adversités de la vie (Laibe, Carlo & Roesch, 2004). Dans cette perspective, certains théoriciens de l'attachement ont fait valoir que des liens sûrs d'attachement sont importants pour la construction de modèles valables de soi (Allen & Land, 1999 ; Harter, 1990). Tandis qu'un attachement de type insécure est un indicateur pertinent, sur le plan clinique, concernant le développement d'une détresse psychologique, comme celle appréhendée lors de la dépression et des problèmes dans les relations interpersonnelles, à travers la médiation de processus psychologiques bien particuliers (Tasca, Szadkowski, Illing et *al.*, 2009 ; Wei, Vogel, Ku & Zakalik, 2005). Par ailleurs, l'attachement serait d'autant plus fort au fur et à mesure des années qui passent et renforcent le lien partagé avec une personne particulière (Zech, 2006). Dans cette perspective, se pose la question de savoir si le style d'attachement en lui-même influencerait les ressources psychologiques adaptatives du survivant face au deuil ou, plutôt, les caractéristiques du lien d'attachement en lui-même comme le suggère Stroebe (2001).

6.1.4. La vulnérabilité à travers le style de mécanismes de défense immatures

De la théorie freudienne jetant les bases des mécanismes de défense inconscients, Vaillant (1971, 1992, cité par Grebot & Paty, 2009) propose une première hiérarchisation des mécanismes de défense – permettant ainsi aux praticiens d'avoir un guide quant aux constituants psychopathologiques de la personnalité. Bond et ses collaborateurs (1993), s'appuyant sur les travaux de Vaillant, proposent un outil de mesure rendant compte des styles de mécanismes de défense. Malgré l'opposition, longtemps admise, entre les mécanismes de défense et les mécanismes de coping, certains chercheurs arguent en faveur d'une complémentarité de ces mécanismes concernant leur fonction adaptative (Bond et *al.*, 1993 ; Chabrol & Callahan, 2004 ; Cramer, 1998, 2000 ; Grebot & Paty, 2009 ; Newman, 2001). Chabrol et Callahan (2004, p. 5) précisent que « les mécanismes de défense peuvent être utilisés de façon souple, adapté, contribuant à la santé psychologique et physique. En outre, les processus de maîtrise peuvent être rigides, inadaptés, comme certains modes de coping évitant ». Dans ces perspectives, des études ont pu mettre en évidence des liens forts entre stratégies de coping et style de mécanismes de défenses, comme l'étude de Grebot, Paty et Girard-Dephanix (2006) qui démontre une relation positive entre le mécanisme de coping « résolution de problème » et le style de défense mature, entre le mécanisme de coping « évasion » avec les styles de défense névrotique et immature ainsi que le mécanisme de coping « fuite » et le style de défense immature. Une étude intéressante a permis également de mettre en perspective style de mécanisme de défense, mécanisme de rumination et symptômes dépressifs. Ainsi, certaines personnes usant de la rumination, appelées ruminateurs, peuvent être en mesure de tirer partie de certains processus adaptatifs qui peuvent contrebalancer quelques effets dépressifs induits par la rumination, elle-même. Si ces ruminateurs sont capables de générer des pensées qui solutionnent leur problème, ou, qui permettent une meilleure acceptation de ces mêmes problèmes, ils peuvent être en mesure d'éviter certains effets délétères en insistant lourdement sur ces problèmes. Il est ainsi logique que les individus avec un style de défense mature soient mieux « armés » pour utiliser ce type de processus. De plus, des défenses matures sont davantage associées à une meilleure appréciation de la réalité et, donc, à des réponses constructives face aux problèmes rencontrés (Kwon & Olson, 2009). Dans un autre ordre d'idées, il a été démontré que l'institutionnalisation de la personne âgée induirait une

modification de son style défensif, endossant dès lors des mécanismes de défenses de type immature (Trouillet & Gély-Nargeot, 2009). De plus, des individus, ayant vécu un traumatisme, présentaient davantage un style de défense de type immature. Ce style de défense induirait, dans ce contexte, une forte détresse psychologique (Nickel & Egle, 2006). Ainsi, le style de défense style agirait comme un modérateur entre les aptitudes cognitives d'un individu et les symptômes dépressifs (Kwon & Olson, 2007). Notre modèle fait l'hypothèse que les mécanismes de défense immature, en tant que style cognitif (Andrew et *al.*, 1993), serait le facteur de vulnérabilité par lequel se médiatise l'effet de la personnalité. Il constitue en quelque sorte le maillon faible en tant que régulation maladaptative de l'affect dans le fonctionnement psychologique de l'endeuillé. Plusieurs recherches ont montré que les patients dépressifs recourent, préférentiellement, aux mécanismes de défenses de type immature (Offer et *al.*, 2000). C'est le recours, qu'il soit conscient ou non, à ces stratégies maladaptatives qui pourrait mener à différents troubles psychopathologiques. Le trouble serait la conséquence d'un style cognitif maladaptatif facteur de vulnérabilité.

Bien que nous ayons pris le parti de proposer un modèle explicatif alternatif quant au développement d'un TDP, au regard des propositions déjà émises dans la littérature scientifique à ce sujet, la lourde tâche nous incombe, dès à présent, d'éprouver ce modèle.

6.2. Test d'un modèle explicatif du TDP

6.2.1. Objectifs de l'étude 2

Notre modèle a été testé à l'aide du logiciel Amos 18 (Arbuckle, 2009) avec la méthode d'Estimation du Maximum de Vraisemblance. Ce programme fournit un ensemble d'indices d'adéquation au modèle théorique. Cependant, nous n'avons utilisé que les plus recommandés (Hu & Bentler, 1999) à savoir le chi2, le Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA, Steiger, 1990 ; Steiger & Lind, 1980, cités par Steiger, 1990) assorti de son intervalle de confiance et le CFI Comparative fit Index (CFI) de Bentler (1990). Il convient de rappeler qu'un Chi² non significatif (proche de zéro) indique un bon ajustement du modèle aux données. Une valeur du RMSEA inférieur à .08 est indicative d'une bonne adéquation du modèle aux données (Brown & Cudeck, 1993 ; MacCallum et *al.*, 1996). Enfin, la valeur CFI varient du 0 (mauvaise adéquation) à 1 (adéquation parfaite) avec comme

valeur seuil de .90 pour accepter un modèle. Hu et Bentler (1999) suggèrent qu'un RMSEA « proche de » ou inférieur à 0.06 assorti d'un CFI égal ou supérieur à .95 sont de bons indicateurs de l'ajustement d'un modèle.

Plusieurs procédures ont été proposées dans le but d'évaluer l'effet indirect d'une variable (MacKinnon, 2008 ; MacKinnon et *al*., 2004). Bien qu'utilisées dans le cadre de modèle médiateur unique, certaines procédures conviennent aussi aux modèles à médiateurs multiples (MacKinnon, 2008 ; Preacher & Hayes, 2008). Nous pouvons citer la procédure d'étapes causales proposées par Baron et Kenny (1986), celle du produit de coefficients, de la distribution du produit de deux variables aléatoires, et, enfin, la procédure de rééchantillonnage (*Bootstrap*). Contrairement aux autres procédures, cette dernière n'exige ni une distribution multivariée normale, ni un large échantillon. En outre, Shrout et Bolger (2002) font valoir que cette procédure peut être utilisée pour tester des modèles à médiateurs multiples. MacKinnon, Lockwood et Williams (2004) estiment qu'elle produit des résultats (intervalles de confiance) plus précis qu'avec les autres procédures. Le principe de cette procédure est simple (MacKinnon, 2008). Un certain nombre d'échantillons (fixé par le chercheur sont générés aléatoirement avec remplacement à partir de l'échantillon initial considéré comme la population. Chaque échantillon généré contient le même nombre d'observations que l'échantillon initial. Suivront ensuite autant d'estimations du modèle que d'échantillons générés. Une moyenne des estimations de chaque paramètre est calculée et assortie d'un intervalle de confiance (CI). Une estimation (un effet indirect, par exemple) est significative à .05 si son intervalle de confiance à 95% (95% CI) ne comporte aucune valeur nulle (cf. Preacher & Hayes, 2008).

6.2.2. Méthode

6.2.2.1. Les participants

173 personnes à la retraite ont participé à cette étude en répondant au questionnaire qui leur a été proposé. L'échantillon est composé de 139 femmes (80,3%) et 34 hommes (19,7%). L'âge moyen des participants est de 70 ans (σ =7,72). Parmi ces personnes, 64,2% sont veufs, 23,4% sont mariés, 4,1% sont célibataires, 4,1% sont séparés ou divorcés et 3,2% vivent en concubinage. 82,1% d'entre eux vivent dans leur propre maison ou appartement, 12,9% en foyer-logement, 3,5% en maison de retraite et 0,6% ont répondu « autre ».

Parmi notre population, 65,3% ont évoqué la perte de leur conjoint, 8,5% ont perdu un autre membre de leur famille, 7,5% mettent en avant le décès de leur mère, 5,8% celui d'un enfant, 5,8% ont perdu un ami, 5,2% souligne la perte de leur père, et, 1,7% ont répondu par « autre ». L'âge moyen du défunt est de 65 ans et 4 mois (σ =15,98). Le nombre d'années écoulées concernant le décès est, en moyenne, de presque 10 ans (σ =8,94). Le décès était prévisible dans 73,4% des cas et imprévisible dans 26,6% d'entre eux. Dans 79,8% des cas, il faisait suite à une maladie, et, dans 11,2% des cas, le décès avait eu lieu suite à un accident. 89,6% des participants évoquent une mort brutale et 10,4% une mort lente. 58,4% des participants ont déclaré ne pas avoir connu d'autre perte dans les années précédant le décès évoqué, 22,5% ont connu une autre perte, 11% deux autres pertes, 5,2% trois autres pertes, 1,7% quatre autre pertes et 1,2% six autres pertes ou plus.

Parmi les 173 participants de l'étude, et selon le score déterminé précédemment de 30.5 comme valeur seuil de l'IDC-R servant à diagnostiquer le deuil compliqué, 100 participants, soit 57,8 % de notre échantillon, présenteraient un deuil compliqué dont 83 femmes et 17 hommes.

6.2.2.2. La procédure

Afin de constituer un échantillon le plus hétérogène possible quant au milieu de vie des participants, ceux-ci ont été recrutés au sein de diverses structures telles que des maisons de retraite, des foyers-résidences et, également, par le biais d'associations de retraités, d'associations de veuves et veufs. Nous avons ciblé, en utilisant ces différents réseaux associatifs, des personnes ayant connu la perte d'un être cher.

Chaque participant a été informé de la nature scientifique de l'étude, de son cadre universitaire, de ses objectifs de recherche ainsi que de son caractère anonyme et confidentiel. Il était toutefois possible, pour les participants qui le souhaitaient, d'obtenir un retour des résultats de l'étude en précisant leurs coordonnées.

Aucun délai n'a été donné pour répondre aux questionnaires. Il a été conseillé aux sujets de remplir les protocoles en plusieurs fois afin d'alléger la tâche et d'optimiser les conditions de recueil des données. Les questionnaires étaient ensuite recueillis avec l'aide du réseau qui nous avait permis leur diffusion, leur confidentialité étant maintenue sous enveloppe cachetée.

6.2.2.3. Les outils de mesure

Eprouver un modèle de fonctionnement psychologique lors du deuil n'est pas une entreprise simple car tout l'enjeu réside dans le choix judicieux des mesures que nous devons faire pour arriver à cette fin. Outre les variables factuelles (l'âge, le sexe, le type d'habitation, la situation familiale, la présence de maladie physique et mentale) concernant les participants et les variables relatives au défunt (son âge, la date de son décès, le lien de parenté, la cause du décès, la nature du décès) notre protocole de recherche contient les mesures suivantes :

L'**Inventaire de Deuil Compliqué-Révisé** (IDC-R) dont l'adaptation et la validation française avaient fait l'objet de l'étude précédente dans cette thèse a été utilisé afin d'évaluer le trouble du deuil persistant (TDP). Rappelons que la fidélité de la version américaine de l'IDC-R est de .92. Dans cette deuxième recherche, l'alpha de Cronbach est de .95 (très proche de notre première étude). Egalement dans ce protocole, ont été ajoutées les cinq questions relatives, respectivement, à l'âge du défunt au moment du décès et à la date de celui-ci, à la prévisibilité et la brutalité de la mort, à la cause du décès, à l'occurrence éventuelle d'autres deuils ou pertes durant les années précédentes, ainsi qu'à la survenue d'une maladie physique ou psychique suite à la perte.

L'**Inventaire de Tempérament et de Caractère – Révisé** (ITC-R, annexe A10) (Pélissolo & Lépine, 1997), version française du Temperament and Character Inventory (TCI ; Cloninger et *al.*, 1993), a été utilisé pour évaluer la personnalité. Développé par Cloninger dans le cadre d'une opérationnalisation de sa théorie biopsychosociale de la personnalité (Cloninger, 1986, 1998, cité par Hansenne 2007), il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté composé de 226 items auxquels le sujet doit répondre par « vrai » ou « faux » (ex : « j'aime partager ce que j'ai appris avec les autres »). La mesure porte sur sept dimensions de la personnalité correspondant à quatre tempéraments (supposés avoir des bases génétiques : recherche de la Nouveauté, Evitement du danger, Dépendance à la récompense et Persévérance) et trois caractères (davantage sous l'influence de l'environnement : Auto-détermination, Coopération et Transcendance). Pour les versions originales et françaises du TCI, l'alpha de Cronbach est de .77 pour chaque dimension évaluée, sauf pour la Persévérance (où il n'atteint que .61 pour la version française, probablement du fait du petit nombre d'items correspondant). Nous avons rencontré quelques difficultés au moment d'éprouver notre modèle en pistes causales. Ainsi, nous avons réalisé une analyse de

chacune des structures factorielles de nos outils. Comme soupçonné, nous avons dû prendre la décision de « toiletter » certaines sous-échelles du TCI-R comme celle relative à la persistance pour laquelle nous avons ôté l'item 123 qui présentait une mauvaise saturation au facteur (r = .07), et, comme celle relative à la dépendance pour laquelle nous n'avons gardé que les items 46, 55, 81, 151, 191 et 200 (donc 6 items sur un total de 24 pour ce facteur). Concernant la consistance interne des sous-échelles du TCI-R, l'alpha de Cronbach varie de .51 (pour la Persistance) à .82 (pour la Coopération). La consistance interne globale du TCI-R est de .84 selon les scores de nos participants.

Le **Questionnaire de Style de Defense-40** (QSD-40, annexe A6) (Bond, Singh & Andrews, 1993), dans sa version française (Bonsack et *al.*, 1998), a été utilisé afin de mesurer les mécanismes de défense. Il s'agit d'un questionnaire comprenant 40 items (ex : « on me dit souvent que je ne montre pas mes sentiments ») auxquels le sujet doit répondre sur une échelle de Likert en 9 points allant de « fortement en désaccord » à « fortement en accord ». Cet instrument permet d'appréhender les dérivés conscients de 20 mécanismes de défense, utilisés dans la vie quotidienne. L'intention de ce questionnaire est, comme le souligne Bond (1983, p.334), de « susciter des manifestations du style caractéristique d'un sujet lors du traitement de conflits, conscients ou inconscients, basé sur l'hypothèse que personne ne peut, avec exactitude, fournir des observations sur leur propre comportement avec une certaine distance ». Ce questionnaire a été élaboré avec l'idée de discriminer les sujets présentant des pathologies psychiatriques des sujets « normaux », les premiers endossant davantage un style de défense de type immature. Afin d'apporter un éclairage sur les différents styles de défense, la structure du QSD-40 comprend trois facteurs regroupant les mécanismes de défense selon la maturité de leur profil défensif :

- <u>immature</u> (ex. : l'isolation) qui met en évidence une altération de « la perception des relations interpersonnelles » (Trouillet & Gély-Nargeot, 2009)
- <u>névrotique</u> (ex. : la formation réactionnelle) souligne une « auto-perception des sentiments intimes et l'expression instinctuelle » (Trouillet & Gély-Nargeot, 2009),
- <u>mature</u> (ex. : l'anticipation) est le siège d'une « adaptation optimale en intégrant les informations relatives à la réalité interne et externe de l'individu » (Trouillet & Gély-Nargeot, 2009).

La consistance interne du questionnaire dans sa version originale est de .80. Dans la version française de notre protocole, l'alpha de Cronbach atteint .85 pour l'ensemble du DSQ-40, sachant qu'il est de .65 pour le facteur mature, de .66 pour le facteur névrotique et de .83 pour le facteur immature.

L'**Echelle d'Evénements de Vie Stressants** (EEVS, annexe A7) (Alaphilippe et *al.*, 1998, non publié), version française de l'Inventory of Stressing Life Events (Bieliauskas et *al.*, 1995), est composée de 54 items décrivant des événements de vie à valence positive (EV+, ex : « réussite personnelle exceptionnelle ») ou négative (EV-, ex : « difficultés financières »), le cumul des événements de vie stressants pouvant être un facteur contrariant les ressources adaptatives du sujet. Le sujet est invité à cocher la case correspondant à chaque événement de vie rencontré dans les trois derniers mois. Comme le souligne Bieliauskas et ses collaborateurs (1995), la fidélité de l'échelle est liée aux caractéristiques de l'individu selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme, de l'âge du sujet, de la nature de son statut matrimonial. De ce fait, la valeur de l'alpha de Cronbach, pour la version originale, est de .70. Dans notre recherche, la consistance interne de cette échelle est de .65.

L'**Echelle du Sentiment de Cohérence**-13 (ESC-13, annexe A8) (Gana et Garnier, 2001) a été adaptatée en français d'après la Sense Of Coherence Scale-13 (SOC-13, comprenant 13 items), elle-même version courte de la Sense Of Cohérence Scale (SOCS-29, comprenant 29 items ; Antonovsky, 1993). Rappelons que le sentiment de cohérence réfère à une vision du monde et à un état d'esprit faisant que le sujet perçoit sa vie comme étant compréhensible, maniable et pleine de sens. Il s'agit, ici, de la version courte de l'échelle comprenant 13 items (ex. « est-il arrivé que des gens sur lesquels vous comptiez vous déçoivent ? ») assortis d'une échelle en sept points de réponse. Ainsi, on obtient un score global qui lorsqu'il est élevé exprime un fort sentiment de cohérence. Un faible sentiment de cohérence est, quant à lui, synonyme d'une perception du monde comme étant inorganisé où les actions individuelles à entreprendre ne sont pas toujours claires. Le coefficient alpha était de .74 pour les scores obtenus par nos participants à l'ensemble de l'échelle.

L'**Echelle de Soutien Social Perçu** (ESSP, annexe A9) est une adaptation d'une des sous-échelles de l'Abbreviated Duke Social Support Index (Koenig et *al.*, 1993). Cette échelle évalue le soutien perçu par l'individu de son entourage (famille et amis). Elle est composée de 7 items (ex : « quand vous parlez avec votre famille ou vos amis, vous sentez-vous écouté? ») auxquels le sujet doit répondre sur une échelle en 5 points (« jamais »,

« quasiment jamais », « parfois », « la plupart du temps » et « tout le temps »). Un score élevé indique une perception positive du soutien social. Le coefficient alpha était de .78 pour les scores obtenus par nos participants à l'ensemble de l'échelle.

L'**Inventaire d'Attachement aux Parents et aux Pairs Révisé** (IAPP-R, annexe A11, Aftger et *al.*, 1997), version française de l'Inventory of Parents and Pairs Attachment (IPPA, Armsden & Greenberg, 1987 ; IPPA-R, Armsden, McCauley & Greenberg, 1991). Cet instrument a été développé afin d'évaluer la dimension affective/cognitive des relations avec les parents et les amis proches (en particulier la manière dont ces figures sont ou non des sources de sécurité psychologique, en référence à la théorie de l'attachement de Bowlby, 1981). Le choix d'utiliser ce questionnaire, mis au point pour des adolescents, est dû au fait que l'adolescence devrait être plus facile à se remémorer que la petite enfance chez des sujets âgés. Il permet d'évaluer le style d'attachement de l'individu selon trois dimensions : le degré de confiance mutuelle, la qualité de la communication et l'importance de la colère et de la désaffection (aliénation). L'IAPP-R permet d'évaluer l'attachement à la mère, au père et aux pairs séparément. Chaque sous-échelle comporte 25 items (ex : « ma mère respectait mes sentiments » pour la sous-échelle relative à l'attachement à la mère) auxquels le sujet doit répondre sur une échelle de Likert en 5 points allant de « presque jamais vrai ou jamais vrai » à « presque toujours vrai ou toujours vrai ». Le score d'attachement est calculé comme suit : (confiance + communication) – aliénation. Un score d'attachement élevé correspond à un style d'attachement sécure et un score bas à un style d'attachement insécure. Seules les sous-échelles relatives à l'attachement à la mère et au père ont été utilisées dans cette étude afin d'apprécier le type sécure/insécure de l'attachement aux figures parentales. Cet inventaire a été adapté et validé, à notre connaissance, qu'en version française (Aftger et *al.*, 1997 ; Vignoli & Mallet, 2004). La fidélité des trois sous-échelles de cet instrument s'étend de .86 à .91. Nous rapportons un alpha de Cronbach pour l'IPPA-R de .93 concernant l'échelle maternelle, et, de .92 concernant l'échelle paternelle.

6.2.3. Résultats

6.2.3.1. Statistiques descriptives

Des analyses de comparaisons de moyennes ont été effectuées sur les principales variables psychologiques afin de vérifier s'il y avait des différences entre les hommes et les

femmes de notre échantillon. Les résultats synthétisés dans le Tableau 5 révèlent que les seules différences statistiquement significatives entre les deux sexes concernaient les styles défensifs mature et névrotique où les femmes affichent davantage ces deux styles que les hommes (respectivement, $t(171) = -2.45$, $p=.02$, et, $t(171)= -2.75$, $p=.007$) ainsi que le soutien social perçu (SSP) où les femmes là aussi perçoivent davantage le soutien social qui les entoure que les hommes ($t(171)= -3.27$, $p=.001$).

Tableau 5. Moyennes des scores obtenus par les hommes (n=34) et par les femmes (n=139), et, le t-test relatif aux comparaisons de moyennes de ces scores.

	sexe du sujet	Moyenne	Ecart-type	t	ddl	p
Age	homme	68.79	6.85	-1.01	171	.31
	femme	70.28	7.92			
IDC-R	homme	28.15	19.55	-1.49	171	.14
	femme	33.08	16.65			
Mature	homme	5.43	1.165	**-2.45**	**171**	**.02**
	femme	6.02	1.28			
Névrotique	homme	4.90	1.48	**-2.75**	**171**	**.007**
	femme	5.59	1.28			
Immature	homme	4.57	1.07	.93	171	.36
	femme	4.37	1.09			
SOC	homme	59.15	8.60	-.90	171	.37
	femme	60.96	10.83			
SSP	homme	2.54	.58	**-3.27**	**171**	**.001**
	femme	2.86	.49			
Nouveauté	homme	43.28	13.65	-.45	171	.66
	femme	44.57	15.43			
Persistance	homme	59.66	24.99	.98	171	.33
	femme	55.09	24.42			
Evitement	homme	54.29	16.09	.50	171	.62
	femme	52.81	15.41			
Auto-détermination	homme	60.96	12.26	-1.01	171	.31
	femme	63.64	14.17			
Dépendance	homme	61.27	23.47	-1.37	171	.17
	femme	67.27	22.74			
Coopération	homme	68.98	14.05	-.55	171	.58
	femme	70.61	15.66			
Transcendance	homme	52.14	14.35	-.36	171	.72
	femme	53.28	17.05			
Attachement	homme	129.31	24.55	.35	171	.73
	femme	127.20	33.06			
Evènement Positif	homme	2.09	1.40	.38	171	.70
	femme	2.00	1.15			
Evènement Négatif	homme	4.12	4.43	.67	171	.51
	femme	3.65	3.42			

6.2.3.2. Analyse corrélationnelle

Les corrélations entre les différentes mesures psychologiques incluses dans cette étude sont synthétisées dans les matrices figurant aux Tableaux 6 et 7. Nous noterons que l'âge de l'endeuillé est significativement et positivement corrélé au trouble de deuil persistant ($r = .20$, $p<.01$). Nous remarquerons aussi que parmi les caractéristiques du défunt, seule la proximité parentale est significativement reliée au trouble du deuil persistant ($r = -.45$, $p<.01$). Ceci signifie que plus le défunt est un parent proche plus il existe un risque de complication du deuil. En outre, l'examen de la matrice de corrélations révèle que parmi les dimensions du tempérament, seuls la Recherche de Nouveauté ($r =.28$, $p<.01$) et l'Evitement du Danger ($r =.16$, $p<.05$) sont significativement et positivement reliées au TDP. Parmi les trois dimensions du Caractère, seuls l'Auto-détermination ($r = -.26$, $p<.01$) et la Coopération ($r = -.35$, $p<.01$) sont significativement et négativement reliées au TDP. Et parmi les trois mécanismes de défense, seuls les mécanismes de défense de type immature sont significativement et positivement corrélés au TDP ($r = .31$, $p<.01$). Nous noterons aussi qu'il existe un lien significatif et négatif entre le sentiment de cohérence et le TDP ($r = -.21$, $p<.01$). Plus une personne entretient un fort sentiment de cohérence moins elle risque de développer un TDP. Nous remarquerons enfin le lien significatif et négatif entre les événements de vie positifs vécus par une personne et le TDP ($r = -.27$, $p<.01$).

Tableau 6. Corrélations entre les caractéristiques des sujets et leurs scores aux différents instruments de mesure utilisés à l'étude 2 (n=173).

	Sexe	Age	EC	Perd	Agdef	TH	AD	PM	NM	CD	AP	MP	MM
Sexe	1												
Age	.08	1											
EC	.15	**.24**	1										
Perd	**-.22**	**-.33**	**-.28**	1									
Agdef	-.08	.07	.00	**.53**	1								
TH	.03	**.41**	**.23**	-.13	.14	1							
AD	.06	.13	-.01	.03	**-.35**	-.08	1						
PM	.07	.00	**.17**	.01	-.09	**.15**	.08	1					
NM	.04	.07	.10	-.06	-.10	.06	.05	**.30**	1				
CD	-.03	-.11	.00	**.18**	**.42**	-.09	-.06	**-.27**	**-.17**	1			
AP	-.05	-.03	.10	.08	.04	-.09	-.04	.02	.10	-.01	1		
MP	-.05	.10	-.02	-.10	-.11	.12	-.01	-.08	.04	.07	-.10	1	
MM	**.17**	.11	-.03	-.06	-.10	.01	.07	-.01	.01	.04	-.07	.08	1
IDC	.11	**.20**	.13	**-.45**	**-.24**	**.19**	**-.18**	.03	-.01	.04	-.13	**.16**	-.03
Mat	**.18**	.01	-.07	-.02	-.02	**-.18**	.04	.01	.10	-.03	-.07	**-.17**	.10
Nev	**.20**	.08	.00	-.03	-.07	-.01	.03	.05	.05	.08	.00	-.03	**.26**
Imm	-.07	.13	.06	-.11	-.10	**.18**	.07	-.09	.10	.01	**-.26**	.14	.11
Com	.06	.03	-.05	.07	.01	-.09	.00	-.15	-.06	.01	.13	-.06	.11
Sig	.05	**-.18**	**-.24**	**.16**	-.12	**-.27**	-.03	-.10	.03	**-.19**	.08	**-.19**	.10
Cont	.06	.01	**-.21**	.05	-.07	**-.24**	.15	-.13	-.07	-.03	.11	-.12	.08
SOC	.07	-.06	**-.20**	.12	-.08	**-.25**	.04	-.15	-.04	-.09	.13	**-.15**	.12
SSP	**.24**	-.06	-.08	.04	-.01	**-.30**	.05	-.03	-.13	.00	-.01	**-.22**	.08
Nouv	.03	-.10	.13	**-.28**	**-.31**	-.12	.01	.08	.17	-.12	-.01	-.08	-.04
Pers	-.07	-.11	-.02	**.30**	**.17**	-.01	-.05	.10	-.05	-.02	.03	-.05	.05
Evit	-.04	.11	.03	**-.18**	-.10	.03	.03	-.08	-.06	-.01	.05	.00	-.13
Det	.08	-.12	**-.19**	**.30**	.13	-.12	.03	.05	.01	-.13	**.16**	-.13	-.04
Dep	.10	-.13	-.13	.10	.03	-.15	.01	-.10	.02	-.11	.03	**-.20**	-.02
Coo	.04	**-.17**	**-.26**	**.40**	**.16**	-.14	.04	-.04	-.01	-.01	**.27**	**-.22**	.05
Tran	.03	**.15**	-.01	-.06	.01	-.02	.06	.04	.13	-.02	.01	-.06	.04
IAP	-.03	.04	-.09	.10	-.05	-.06	**.24**	.01	.03	.02	-.03	-.07	-.05
Ev+	-.03	**-.18**	-.08	**.20**	.11	-.13	-.03	.06	-.11	-.04	**.17**	-.10	-.05
Ev-	-,051	-.04	.12	.04	.06	.05	-.11	.10	.02	-.08	.03	-.09	-.06

La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).
La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Légende : Sexe = Sexe du sujet, Age = Age du sujet, EC = Etat civil du sujet, Perd = Personne décédée, Agdef = Age du défunt, TH = Type d'habitation du sujet, AD = nombre d'année du décès, PM = prévisibilité de la mort, NM = nature de la mort, CD = cause du décès, AP = Autre(s) perte(s) vécu(es) par le sujte, MP = maladie physique du sujet, MM = maladie mentale du sujet, IDC = Inventaire du Deuil Compliqué, Mat = échelle Maturité du Questionnaire de Style de Défense, Nev = échelle Névrotique du Questionnaire de Style de Défense, Imm = échelle Immaturité du Questionnaire de Style de Défense, Com = Echelle de « compréhension » du SOC, Sig = Echelle de « signification » du SOC, Con = Echelle de « contrôle » du SOC, SOC = Echelle du Sentiment de Cohérence, SSP = Echelle de Soutien Social Perçu, Nouv = tempérament de « recherche de nouveauté » du ITC-226, Pers = tempérament de « persistence » du ITC-226, Evit = tempérament d' « évitement du danger » du ITC-226, Det = caractère de « détermination » du ITC-226, Dep = tempérament de « dépendance à la récompense » du ITC-226, Coop = caractère de « coopération » du ITC-226, Tran = caractère de « transcendance » du ITC-226, IAP = Echelles de l'Inventaire d'Attachement aux Parents, Ev+ = Echelle d'évènements positifs, Ev- = Echelle d'évènements négatifs.

Tableau 7. Corrélations entre les mesures utilisées dans l'étude 2 (n=173).

	IDC	Mat	Nev	Imm	SOC	SSP	Nouv	Pers	Evit	Det	Dep	Coo	Tran	IAP	Ev+	Ev-
IDC	1															
Mat	-.02	1														
Nev	.04	**.54**	1													
Imm	**.31**	**.25**	**.40**	1												
SOC	**-.21**	**.29**	.09	**-.26**	1											
SSP	-.02	**.22**	**.21**	-.14	**.34**	1										
Nouv	**.28**	.02	.12	**.20**	-.03	**.16**	1									
Pers	.01	.13	.13	.03	.01	-.08	-.15	1								
Evit	**.16**	**-.20**	**-.17**	.11	-.13	**-.16**	-.14	-.09	1							
Det	**-.26**	**.25**	.12	**-.16**	**.36**	.08	**-.21**	**.34**	**-.19**	1						
Dep	-.06	**.27**	**.30**	.05	**.27**	**.28**	.12	**.31**	-.08	**.40**	1					
Coo	**-.35**	**.23**	**.26**	-.13	**.36**	.11	**-.26**	**.40**	-.05	**.68**	**.44**	1				
Tran	.12	**.20**	**.41**	**.15**	.11	**.22**	**.39**	**.26**	**-.19**	**.17**	**.42**	**.18**	1			
IAP	.03	.05	.14	.09	.07	**.27**	.09	.02	-.08	-.03	.10	-.02	.11	1		
Ev+	**-.27**	.12	.06	**-.17**	**.22**	**.23**	.03	.05	-.12	**.19**	.11	**.21**	.12	.11	1	
Ev-	.02	**.30**	**.31**	**.23**	-.12	-.03	.10	**.19**	**-.17**	.06	.10	.04	.13	-.05	**.33**	1

La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).
La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Légende : IDC = Inventaire du Deuil Compliqué, Mat = échelle Maturité du Questionnaire de Style de Défense, Nev = échelle Névrotique du Questionnaire de Style de Défense, Imm = échelle Immaturité du Questionnaire de Style de Défense, SOC = Echelle du Sentiment de Cohérence, SSP = Echelle de Soutien Social Perçu, Nouv = tempérament de « recherche de nouveauté » du ITC-226, Pers = tempérament de « persistence » du ITC-226, Evit = tempérament d' « évitement du danger » du ITC-226, Det = caractère de « détermination » du ITC-226, Dep = tempérament de « dépendance à la récompense » du ITC-226, Coo = caractère de « coopération » du ITC-226, Tran = caractère de « transcendance » du ITC-226, IAP = Echelles de l'Inventaire d'Attachement aux Parents, Ev+ = Echelle d'évènements positifs, Ev- = Echelle d'évènements négatifs.

6.2.3.3. Analyse en pistes causales

Les résultats de l'analyse en pistes causales (*path analysis*) réalisée par l'entremise du logiciel Amos 18 (Arbuckle, 2009) montrent que le modèle de la médiation totale (figure 8) ne s'ajuste pas à nos données. En effet, non seulement le Chi-2 s'est révélé fort significatif (χ^2 =67,83, ddl = 30, p<.000) mais les autres indices d'adéquation étaient peu satisfaisants : le CFI = .94, et le RMSEA= .086 (avec un IC 90%: .059, .113). L'hypothèse de la médiation totale entre la personnalité et le TDP à travers le sentiment de cohérence et les défenses immatures n'étant guère plausible, nous avons jugé utile de localiser les sources de son inadéquation, et ce, en recourant aux indices de modification. L'examen de ceux-ci nous révèle que le fait de rajouter les effets directs de la Coopération, de la recherche de Nouveauté, de la Persistance et des événements de vie positifs sur le TDP améliorent considérablement l'adéquation du modèle. Par ailleurs, une telle adéquation s'améliore davantage en rajoutant les effets directs de la Dépendance à la récompense sur les mécanismes de défense immature, et, l'âge du défunt sur le sentiment de cohérence. Ainsi, avec un chi2 non significatif (χ^2=21.97 dl= 24, p=.58), un CFI= 1.00 et un RMSEA= .000 (CI

90%= .000, .056), ce modèle modifié (Figure 9) offre un excellent ajustement aux données (Tableaux 2.4 en annexe). L'examen analytique de la solution présentée dans le Tableau 2.5 (en annexe) montre que 40% de la variance du TDP sont expliqués par l'ensemble des variables dans le modèle. On notera aussi que sur les quatre dimensions du tempérament, seuls l'Evitement du danger (β= -.21, p<.05) et la Dépendance à la récompense (β=.32, p<.01) affichent des effets indirects sur le TDP. Une seule dimension du caractère, à savoir l'Auto-détermination (β=.26, p<.05), présente un effet indirect sur le TDP. La dimension Coopération du caractère affiche un effet direct négatif et significatif sur le TDP (β= -.25, p<.000). La recherche de Nouveauté (β=.17, p<.01) ainsi que la Persistance (β=.22, p<.000) sont les deux seules dimensions du tempérament à afficher des effets directs positifs et significatifs sur le TDP. On notera aussi que le sentiment de cohérence a un effet positif sur le style de défense immature (β= -.97, p<.000) et que ce dernier exerce, en retour, un effet négatif sur le premier (β=.85, p<.000). Le style de défense immature a un effet positif et significatif sur le TDP (β=.17, p<.01). On remarquera aussi que l'âge du défunt (β=.22, p<.01) ainsi que sa proximité parentale (β=.43, p<.000) présentent des effets positifs et significatifs sur le TDP. On notera enfin l'effet négatif et significatif des événements de vie positifs sur le TDP (β= -.14, p<.05) (les coefficients bêta sont récapitulés au Tableau 2.6 en annexe).

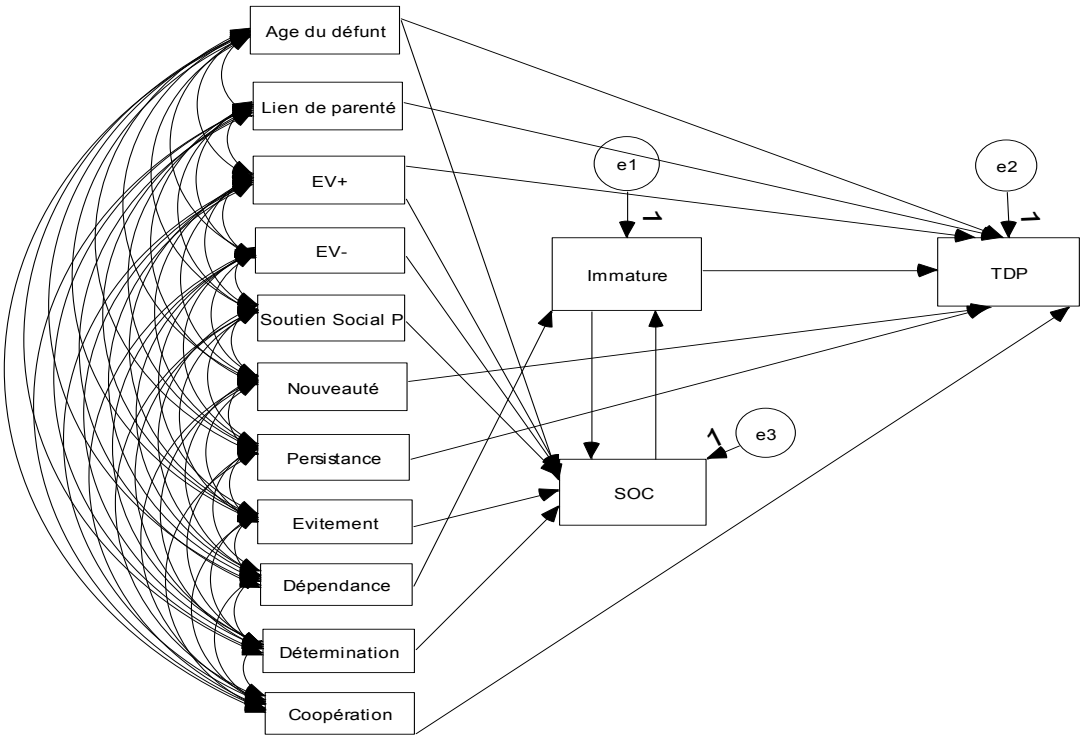
La procédure de rééchantillonnage (*bootstrap procedure*) comme tests de significativité des effets indirects

Les résultats de la procédure Bootstrap pour le modèle modifié (n=1000)[24] apportent une confirmation à la significativité des effets indirects. Ainsi, l'effet indirect du tempérament Evitement du danger sur le TDP s'est révélé statistiquement significatif (b= .021 [90% CI : .003, .059], p<.05). L'effet indirect du tempérament de Dépendance à la récompense sur le TDP s'est révélé aussi statistiquement significatif (b=.019 [90% CI : .004,.053], p<.03). L'effet indirect du caractère d'Auto-détermination s'est révélé également statistiquement significatif (b= .030 [90% CI : .076, .005], p<.05). Les effets directs des deux dimensions du tempérament, à savoir, la Recherche de nouveauté (b= .197 [90% CI : .065, .325, p<.01] ; β= .17) et la Persistance (b=.155 [90%CI : .073, .322, p=.002] ; β= .219) se sont révélés significatifs. Il en est de même pour la dimension Coopération du caractère

[24] MacKinnon (2008, p.333) considère que 1000 rééchantillons sont suffisants pour ce type d'analyse.

(b= -.277 [90% CI : -.402, -.142, p<.003] ; β= -.245) et du style de défense immature (b=2.72 [90% CI% : 1.13, 4,35, p=.006] ; β=.17). L'âge du défunt (b=.167 [90% CI : .071, .248, p<.01],β=.29), la proximité parentale (b=1.94 [90% CI : 6.02, 3.15, p=.002], β=.43) ainsi que les événements de vie positifs (b=-1.94 [90% CI : -3.21, -.0622, p=.013), β= -.14) confirment leurs effets directs significatifs sur le TDP. Nous notons enfin que 40% de la variance du TDP sont expliqués par les autres variables du modèle (R^2= .404 [90%CI : .284, .461], p=.031).

Figure 9. Modèle en pistes causales explicatif du TDP partiellement médiatisé par les ressources psychologiques et les mécanismes de défense.



6.2.3.4. Analyse discriminante (en annexe Tableaux 2.7)

L'analyse discriminante permet de déterminer la contribution des variables qui prédisent et expliquent l'appartenance des individus à des groupes prédéfinis. En d'autres termes, l'objectif d'une analyse discriminante est triple :

1) **Identifier** des variables explicatives les plus discriminantes selon une ou plusieurs classes définies ;
2) **Déterminer** le groupe d'appartenance d'un individu à partir de ses caractéristique ; et surtout,
3) **valider** une classification.

Les deux groupes sur lesquels porte notre AD sont ceux dont les scores à l'IDC-R sont supérieurs ou inférieurs au score cliniquement significatif défini à travers notre étude précédente de validation, à savoir 30.5. Le premier regroupe les participants présentant un TDP (n=100 ; moyenne à l'IDC-R= 44.83, σ=8.93) alors que le second est composé de participants n'ayant pas développé un TDP (n= 73, moyenne au IDC-R= 14.68, σ=8.59).

Optant pour les probabilités, *a priori*, calculées selon les effectifs, on a introduit simultanément dans l'analyse aussi bien les variables prédictives (l'âge et sexe de l'endeuillé, âge et parenté du défunt, les dimensions du TCI, le sentiment de cohérence, le style défensif immature, les événements de vie positifs et négatifs, le soutien social perçu, le style d'attachement) que la variable de regroupement (score à l'IDC-R).

Les résultats n'ont révélé qu'une seule fonction discriminante (Lambda de Wilks λ= .656; $\chi^2(17)=69.47$, ddl=13, p<.000) avec une corrélation canonique égale à .587 et un test de box significatif dont la valeur est égale à 163.6 (F=1.65, ddl=95, p<.000). L'examen de la matrice de structure nous révèle que, en tenant compte d'un coefficient supérieur à .30, les variables discriminantes sont l'âge du défunt (-.39), le lien de parenté avec le défunt (.67), la dimension Coopération du caractère (-.42), la dimension Recherche de nouveauté du tempérament (.40), le style défensif immature (.34) et les événements de vie positifs (-.33). Enfin, l'examen de la matrice de confusion révèle que 77,5 % des sujets ont été classés correctement.

Ainsi, à travers la réalisation d'une analyse discriminante portant sur notre protocole de recherche, il apparaît que l'âge du défunt, le lien de parenté avec le défunt, la dimension Coopération du caractère, la dimension Recherche de nouveauté du tempérament, le style défensif immature et les événements de vie positifs sont des caractéristiques factuelles et

surtout relatives à la personnalité permettent de discriminer les personnes présentant un trouble du deuil persistant des autres personnes ayant davantage réussi leur adaptation face au deuil.

6.3. Conclusions et discussions : comprendre le deuil chez la personne âgée à travers les constituants de sa personnalité

L'objectif de cette seconde étude était, rappelons-le, de soumettre, pour la première fois, nous semble-t-il, à l'épreuve des faits un modèle faisant l'hypothèse des effets indirects de la personnalité sur le TDP à travers la médiation totale des ressources psychologiques et des mécanismes de défense immatures. L'originalité de ce modèle résidait en la mise en perspective, entre autre, des aspects de la personnalité tels que définis par Cloninger dans son modèle biopsychosocial pour tenter d'expliciter le développement d'un TDP. En outre, comme l'a souligné Bonanno (1999), peu de recherches ont entrepris d'expliquer le deuil et ses complications comme prenant racine dans les constituants de la personnalité propres à l'endeuillé.

Reprenons, dès à présent, les principaux résultats obtenus. D'emblée, l'hypothèse de la médiation totale entre la personnalité et le TDP à travers le sentiment de cohérence en tant que ressources psychologiques et le style de défense immature n'a pas pu être validée. Il en ressort que certaines dimensions du tempérament comme du caractère exerceraient des effets directs et/ou indirects sur le TDP. Apprécions-les tour à tour :

Effets directs et discriminants sur le TDP

Du Tempérament :

La dimension du tempérament qui semble exercer un effet direct, discriminant et positif dans le développement du TDP est la recherche de Nouveauté ; elle s'explique comme « la tendance à répondre par l'excitation ou l'exaltation à des stimuli nouveaux » (Cloninger, 1993). Un niveau élevé en recherche de Nouveauté se traduit par l'emportement, l'excitation, l'exubérance ainsi que par l'instabilité. Les personnes affichant un niveau élevé en recherche de Nouveauté sont désordonnées et se lassent facilement. Celles présentant un faible niveau en Recherche de nouveauté sont plutôt calmes, modérées, discrètes et tolérantes. Kusunoki et ses collègues (2000) avaient trouvé que, contrairement à l'évitement du danger, à la coopération et à l'auto-détermination, la

recherche de Nouveauté différenciait les patients atteints de trouble obsessionnel-compulsif de ceux atteints d'un épisode de dépression majeure. Ces derniers affichaient un niveau élevé en recherche de Nouveauté alors que les premiers en présentaient un niveau très bas. En outre, il est désormais prouvé qu'un haut niveau en Recherche de nouveauté est généralement associé à l'alcoolisme précoce, l'usage de tabac, de drogues et de stimulants (Gunnarsdóttir, Pingitore, Spring et *al.*, 2000 ; Kumpulainen, 2000).

La dimension Persistance semble avoir un effet direct positif sur le TDP à travers notre modèle «causal» mais n'apparaît pas comme étant différenciatrice à travers notre analyse discriminante. La Persistance ou persévérance renvoie, rappelons-le, à la tendance d'un individu à poursuivre un comportement sans prendre ses conséquences en considération. Ainsi, un niveau élevé de Persistance révèle une tendance à être minutieux, perfectionniste, à sans cesse se surpasser. Selon Cloninger (1993, 1994), une personne possédant cette tendance est davantage résistante en dépit des frustrations et de la fatigue rencontrées. Ce tempérament, s'exprimant d'une manière extrême, est source d'un puissant contrôle de soi dont les issues pathologiques se révèlent surtout chez des patientes atteintes d'anorexie restrictive (Rousset, Kipman, Adès & Gorwood, 2004). Dans la même veine, les endeuillés endossant une personnalité de type névrotique, teintée du fait d'être consciencieux, rencontrent davantage un deuil pathologique que les autres (Wijngaards de Meij, Stroebe et *al*., 2007).

Du caractère :

La dimension Coopération semble être la seule dimension du caractère à exercer un effet direct négatif sur le TDP et à posséder une caractéristique discriminante entre les personnes enclines au TDP des autres qui semblent en être préservées. Il s'agit d'une dimension évaluant la maturité sociale, c'est-à-dire, la capacité d'une personne à accepter les différences des autres et à pouvoir se situer elle-même par rapport à eux. Puisque un niveau élevé en Coopération est indicatif de tolérance sociale, de don de soi et de fraternité, alors qu'un niveau bas, est un indicateur d'une intolérance sociale ainsi que de comportements opportunistes et destructeurs, en autre, ce caractère semble être corrélé avec de nombreux troubles de la personnalité comme, par exemple, l'hostilité et la paranoïa lors d'un épisode dépressif majeur (Conrad et *al*., 2007, 2009).

Des facteurs contextuels :

De tous les facteurs contextuels introduits dans notre étude, seuls les événements de vie positifs vécus par les participants semblent exercer un effet négatif sur le TDP. Ils ont également un pouvoir discriminant dans la survenue ou non d'un TDP. Ce n'est pas tant l'absence d'événements de vie négatifs que la présence d'événements de vie positifs qui semble impacter le TDP. Ce résultat nous semble assez optimiste dans le sens où il peut être considéré comme un levier important dans toute intervention écologique sur ce trouble. Par ailleurs, il est à concevoir avec précaution car bien qu'une personne connaisse des évènements de vie positifs qui possèdent des vertus protectrices, l'accumulation d'évènements de vie négatifs qui sont davantage incontrôlables demeure un facteur de risque supplémentaire, parmi d'autres, quant au développement de trouble dépressif (Friis, Wittchen, Pfister & Lieb, 2002).

Des caractéristiques propres au défunt :

L'âge du défunt ainsi que le degré de parenté qui le liait au survivant sont des caractéristiques influençant directement le développement d'un TDP chez l'endeuillé. Par ailleurs, l'âge du défunt a, également, un effet direct et négatif sur les ressources psychologiques telles que définies à travers le sentiment de cohérence – avançant, dès lors, l'idée selon laquelle plus l'âge du défunt est élevé, plus le sentiment de cohérence que possède une personne de sa vie est fragilisé. Sous-tendue par la théorie de l'attachement de Bowlby (1980, 1984), la séparation induite par le deuil est source d'une profonde angoisse et d'une détresse psychique ; elle fait écho à l'intolérable acceptation d'une proximité avec la personne aimée ainsi perdue (Wijngaards de Meij, Stroebe, Schut et *al.*, 2007). De plus, Les relations étroites entretenues avec le défunt sont plus difficiles à désinvestir que le temps partagé ensemble s'est inscrit dans la durée (Zech, 2006). Ainsi, des parents ayant perdu un enfant seront davantage enclins à l'abus de substance, motivant, par sa gravité, une hospitalisation comparativement à d'autres parents (Li, Laurson, Precht et *al.*, 2005 ; cités par Zuckoff, Shear, Frank et *al.*, 2006).

Effets indirects sur le TDP

Du tempérament :

L'Evitement du danger se caractérise par « la tendance à répondre plus ou moins intensément à des stimuli aversifs avec une réponse d'inhibition pour éviter les punitions, la nouveauté et les frustrations » (Cloninger, 1993, 1994) ne semble pas exercer un effet direct

sur le TDP. Un tel résultat peut paraître paradoxal tant l'évitement du danger est associé à un tempérament craintif, pessimiste, inhibé et timide. De telles caractéristiques devraient, pourtant, avoir un effet direct sur le TDP. Or, il se révèle que cette dimension de tempérament semble agir indirectement par l'intermédiaire du sentiment de cohérence. Cette dimension semble affecter d'abord les ressources psychologiques du sujet accentuant ainsi sa vulnérabilité. Ainsi, il n'est guère étonnant de voir que cette dimension se retrouve significativement plus élevée chez des patients schizophrènes (Guillem et *al.*, 2002 ; Szoke et *al.*, 2002) ou chez les patients *borderline* enclins davantage à la douleur émotionnelle qu'ils tentent pourtant, à tout prix, d'éviter (Korner, Gerull, Stevenson & Meares, 2007).

Contrairement à l'évitement du danger, la Dépendance à la récompense semble exerce un effet indirect en fragilisant la dynamique défensive. L'effet positif de cette dimension sur le style de défense immature traduit, d'une part, une altération de « la perception des relations interpersonnelles » (Trouillet & Gély-Nargeot, 2009), renforcée, d'autre part, par le fait d'être sensible, chaleureux, dévoué et aimant à travers la dépendance à la récompense. D'ailleurs, il a été remarqué par Coton et ses collaborateurs (2007) que le tempérament de dépendance à la récompense participe à la fluctuation des symptômes de sevrage chez des patients alcooliques comme postulé par Cloninger (1993, 1994), patients utilisant davantage la répression, la projection et le déni comme mécanismes de défense peu adaptatifs et immatures (Tsygankov, Agasaryan & Terekhova, 2009).

Du caractère :

La seule dimension du caractère à exercer un effet indirect sur le TDP par l'intermédiaire du sentiment de cohérence est l'Auto-détermination. Ce caractère semble agir et renforcer les ressources psychologiques. Ce résultat nous paraît assez logique puisque cette dimension du caractère renvoie à la maturité individuelle permettant à un individu de réguler, de contrôler et d'adapter ses comportements afin de mettre en harmonie les situations vécues avec ses propres objectifs et valeurs personnels. D'ailleurs, une sous-dimension (SD3) de l'auto-détermination évalue les ressources individuelles, c'est-à-dire, les capacités développées par l'individu pour résoudre ses problèmes. Dans le cas où la personne possède un niveau faible d'Auto-détermination comme caractère, il est à craindre une prédisposition au développement de troubles dépressifs face à l'adversité car elle possède alors moins de ressources adaptatives efficientes pour y faire face (Loftus, Garno, Jaeger & Malhotra, 2008). Ainsi, une personne présentant un niveau faible d'Auto-

détermination du caractère aura des difficultés à surmonter les problèmes de manière efficace. Ce constat se confirme, par exemple, chez des personnes enclines aux troubles de l'humeur (Laidlaw, Dwivedi, Naito & Gruzelier, 2005).

Effet médiateur sur le TDP

Du style de défense immature :

Le style de défense immature revêt un effet médiateur entre, d'un côté, un tempérament de dépendance à la récompense et de faibles ressources psychologiques, et, d'un autre, le développement d'un TDP. Soulignons que ce style défensif est souvent le siège de mécanismes forts rigides tels que le déni pour contrer la souffrance induite par des conflits internes, il en ait encore plus vrai lors du deuil. Une telle dynamique psychique, alimentée par une personnalité dépendante et un équilibre fragilisé, devient alors propice au développement d'une psychopathologie. Bien que les défenses de type mature se développent davantage avec l'âge (Vaillant 1977, cité par Davidson, Gregor, Johnson et *al*., 2004), et, ainsi les capacités à faire face aux contingences de la vie, il n'empêche que d'autres constituants de la personnalité, telle que la tendance à la dépendance, peuvent renverser cette disposition renforçant un mode de défense de l'ordre de l'immaturité dont la dynamique devient propice à l'effondrement dépressif (Know & Olson, 2007) lors d'évènement de vie particulièrement douloureux tel que le deuil. Dans une perspective similaire, Coleman et Casey (2007) ont souligné combien il est important d'agir sur la pensée automatique que peuvent présenter certaines personnes, pensée propice aux idéations suicidaires soutenues par des mécanismes de défense immatures.

Autre effet médiateur

Du sentiment de cohérence comme ressources psychologiques :

Malgré nos attentes, le sentiment de cohérence n'a pas d'effets directs sur le TDP mais un effet médiateur entre l'impact d'un niveau élevé du tempérament Evitement du danger, celui d'un niveau faible du caractère d'Auto-détermination couplés à un faible soutien social perçu, mais, également à l'impact de peu d'évènement de vie positifs et de plus d'évènements de vie négatifs, et, le renforcement du style de défense immature. Ainsi, dans un contexte de deuil, la prépondérance d'évènement de vie négatifs et une personnalité caractérisée par l'inhibition, l'inadaptation dans ces réponses comportementales et un défaut d'attention vis-à-vis du soutien social environnant sensibiliseront le sentiment de cohérence qui, comme une interface, influencera le

développement de défenses immatures dont les effets boomerang enkysteront cette dynamique psychologique en déstabilisant l'équilibre psychologique de l'endeuillé. Eklund, Hansson et Bengtsson-Tops (2004) mettent en avant l'effet particulier d'un faible caractère d'Auto-détermination dans la mise en branle de la santé psychologique et dont les issues psychopathologiques sont principalement les troubles dépressifs et paranoïaques chez des patients schizophrènes.

En résumé, les caractéristiques de personnalités telles qu'un niveau élevé de recherche de nouveauté et de persistance définissent une personnalité de type paranoïaque (Cloninger, 1993, 1994). Ces deux dimensions de la personnalité comme marqueurs d'une impulsivité et d'une insistance dans des stratégies d'adaptation peu efficaces (Jue et *al.*, 2009), couplés à un faible caractère de coopération, marque d'une proportion moindre au relation sociale (Stroebe, Folkman, Hansson & Schut, 2006) et à un vécu empreint d'une carence en évènements de vie positifs (Norris & Murrell, 1990) seront, à eux seuls, de fort prédicteurs disposant l'endeuillé aux complications du deuil (Prigerson et *al.*, 1994) comme le TDP. D'autre part, une dynamique psychologique encline à la dépendance vis-à-vis d'autrui, altérant, par là-même, le jugement et la perception que l'on a de soi, renforce des mécanismes de défense régressifs ou immatures (Trouillet & Gély-Nargeot, 2009) qui médiatisent la survenu d'un TDP. De plus, Zech (2006) met en exergue que l'équilibre psychique, relié à un fort sentiment de cohérence (Gana, 2001), est davantage ébranlé par le temps partagé avec le défunt – l'âge de ce dernier venant fragiliser la perception que l'on a de sa vie comme étant compréhensive, maniable et pleine de sens dans le partage que l'on a eu avec le défunt. Cette fragilité est d'autant accentuée que la personne endeuillée use de stratégies d'évitement (Bonanno, 2001 ; Pallant & Lae, 2002), style de coping caractéristique de son tempérament.

La dimension d'auto-détermination fait écho à la composante de maniabilité du SOC. Dans ce sens, une personne endossant des caractéristiques de contrôle de soi et de son environnement sera davantage préservée des adversités de la vie car elle possèdera, à différents degrés, les ressources nécessaires pour maintenir son équilibre psychologique. *A contrario*, si la composante d'auto-détermination est peu présente chez cette personne, il est à craindre une fragilité de ses ressources psychologiques, et, par la même, une prédisposition au développement de pathologies morbides (Erim, Tagay, Beckmann et *al.*, 2009).

Alors que le caractère d'autodétermination est une composante de la personnalité qui influence le sentiment de cohérence, et, donc, indirectement le développement d'un TDP, celle de la coopération, comme composante sociale de la personnalité, semble agir directement sur ce trouble lorsqu'elle est peu présente dans la dynamique psychologique de l'endeuillé. En effet, de nombreuses études ont mis un fort accent sur les défaillances de l'ajustement social qui peut s'exprimer par la non-coopération envers les autres et, dans un cercle vicieux entretenu par cette dynamique, favorisant le rejet social et l'émergence de pathologies comme la dépression (Tse & Yip, 2009).

Dans une autre perspective, le sentiment de cohérence, berceau de ressources psychologiques adaptatives, peut avoir des effets sur les styles de coping qui s'exprime chez l'individu face à l'adversité. Ainsi, un faible sentiment de cohérence qui traduit des fragilités dans la manière dont l'individu gère et rend compréhensible son environnement renforcera la dynamique défensive de type immature qui, en retour, appuiera les failles de ce sentiment alors d'incohérence face à sa vie et aux choses qui l'entourent. Comme le rapportent Schnyder et ses collaborateurs (1999, cités par Erim, Tagay, Beckmann et *al.*, 2009), le sentiment de cohérence a un potentiel médiateur entre les évènements de vie stressants et les réponses émotionnelles qu'il suscite. Ainsi, un faible sentiment de cohérence impacterait sur les mécanismes de défense immatures, siège d'une gestion peu efficiente des conflits internes. Ces derniers auraient alors un pouvoir modérateur dans le sens d'une accentuation de la détresse psychologique et de ces issues (Kwon & Olson, 2007) – ce qui expliquerait pourquoi le style de défenses immature sert directement le développement d'un TDP.

Deuxièmement, l'analyse discriminante comme méthode de distinction entre les personnes enclines au TDP et celles surmontant les difficultés de la perte assoit les résultats dégagés par l'analyse en pistes causales ainsi que par la procédure de rééchantillonnage affirmant, ainsi, que l'âge du défunt, le degré de parenté, le caractère de coopération ainsi que le tempérament de nouveauté, sans compter les défauts d'adaptation telles que représentés par un style de défense immature ainsi que, pour finir, le peu d'événements positifs vécus sont des caractéristiques prégnantes pour expliciter les différences interindividuelles concernant les issues psychopathologiques du deuil telles que le TDP.

En conclusion, notre seconde étude a permis, par l'épreuve des faits de notre modèle, de dégager des effets directs et indirects des constituants de la personnalité sur le développement d'un TDP. Il a été aussi intéressant d'appuyer les rôles médiateurs que

peuvent jouer le sentiment de cohérence et les mécanismes de défenses immatures, à des degrés divers, sur le développement d'une psychopathologie bien particulière du deuil. De plus, nos résultats rallient ceux mis en exergue dans la littérature scientifique concernant les particularités contextuelles et factuelles (l'âge du défunt, le degré de parenté et la nature des évènements de vie vécus) qui constituent des facteurs de risque supplémentaires dans les issues psychologiques bien malheureuses du deuil.

Par ailleurs, les résultats de cette étude valent ce que valent les instruments de mesure utilisés pour éprouver le modèle en pistes causales proposé. En effet, tout outil de mesure rencontre des limites dans l'opérationnalisation de son construit. Nous ne méconnaissons pas les critiques adressées à l'ICG-R et à la validité de son construit (Bonanno, 2006), au DSQ-40 quant à ses qualités métriques discutables (Chabrol & Brandibas, 2000 ; Grebot & Paty, 2009), la faiblesse de la fidélité de l'EEVS au regard de nos répondants, la limite méthodologique de l'emploi de l'IAPP-R ainsi que celles concernant le TCI-R. Concernant cet inventaire et nos préoccupations tant théoriques qu'empiriques, il nous semble important de nous attarder sur le modèle de Cloninger et sur sa mesure. En effet, de nos résultats, un des premiers reproches tenus à l'égard du TCI-R est l'arrangement que nous avons dû faire en éliminant certains items portant atteintes à la qualité métrique de certaines échelles du TCI-R (les échelles de Persistance et de Dépendance à la récompense) et ainsi à l'épreuve de notre modèle – critiques avancées par Farmer et Golberg (2008). Peut-être devons-nous rallier les positions de Farmer et Golberg (2008) ainsi que de Gana et Trouillet (2003) quant à la faible distinctivité des dimensions de la personnalité de Cloninger ainsi qu'au problème entre la mesure et la théorie sous-jacente de cet inventaire (Gana & Trouillet, 2003). Bien que le TCI-R nous a séduit par la conceptualisation qui le sous-tend et les résultats qui nous ont permis de dégager les constituants de la personnalité qui sont en jeu dans la survenue d'un TDP, ses limites nous laissent penser que l'utilisation d'autres mesures de la personnalité telle que l'Inventaire Multiphasic de la Personnalité 2 seraient beaucoup plus pertinentes pour approcher la compréhension de symptomatologies propres du deuil.

Ces deux premières études, l'une portant sur la validation robuste d'un outil permettant de diagnostiquer le TDP, et, l'autre éprouvant un modèle de médiation partielle des ressources psychologiques et des mécanismes de défense immature à l'œuvre dans la

survenue d'un TDP, ont épousé une méthodologie quantitative pour mettre en exergue, à travers la mesure psychométrique, les caractéristiques du TDP et les processus psychologiques qui le sous-tendent. Par ailleurs, nous ne pouvons pas nous arrêter à une approche seulement quantifiable du deuil, de ses mécanismes et de son potentiel pathologisant car son essence est imprégnée du vécu qu'en fait l'endeuillé. Il nous semble, dès lors, dans notre travail de recherche, important de nous intéresser de manière plus singulière au deuil, et, plus, particulièrement, au TDP, en usant d'une méthodologie qualitative permettant de mettre au cœur de la démarche de recherche le ressenti de la personne âgée endeuillée. Si certains chercheurs soutiennent la position d'une primauté des méthodes quantitatives sur celles qualitatives, et, si d'autres font l'apologie des méthodes qualitatives sur celles quantitatives, d'autres encore, comme Westerman (2006), soulignent l'importance d'une approche mixte pour favoriser l'émergence d'une compréhension globale du phénomène étudié. Dans cette perspective, nous proposons de mettre en exergue le phénomène du TDP, non plus à travers la mesure, mais à travers la concordance d'un profil de personnalité et le vécu ainsi que la verbalisation du ressenti de la personne âgée face à la perte d'un être cher, aujourd'hui encore, après quelques années passées, source de détresse psychologique.

Chapitre 7. Du ressentir au dire : Approche qualitative du trouble du deuil persistant chez la personne âgée

7.1. La méthodologie en recherche qualitative

Adopter une démarche qualitative, en recherche, revient à suivre un ensemble de procédures rigoureuses afin de rendre compte à travers le vécu singulier de personnes d'un phénomène psychologique bien particulier. Par ailleurs, il n'existe pas une démarche en méthodologie qualitative mais plusieurs démarches. A la lumière des méthodes qualitatives employées en psychologie, essayons de dégager la pertinence de l'étude de cas qui servirait au mieux celle concernant l'appréhension du TDP chez la personne, plus particulièrement, chez la personne âgée.

7.1.1. Le cadre de référence des méthodes qualitatives en recherche pratique

L'une des failles majeures concernant les méthodes qualitatives réside en leur défaut d'un cadre et de critères clairs rendant la démarche valide, pertinente, potentiellement réfutable et pouvant procurer un savoir servant la pratique (Nastasi & Schensul, 2005). Dans cette acceptation, il est important de dégager le rôle des méthodes qualitatives dans le développement des évaluations, la spécificité de ces méthodes, leur intégration aux méthodes quantitatives afin d'étendre notre compréhension du phénomène étudié, à savoir, le TDP chez la personne âgée.

7.1.2. Les différentes formes de méthodes qualitatives

Plusieurs méthodes de recherche qualitative ont été identifiées. Il s'agit notamment de la biographie (documentant l'histoire de la vie d'un individu), de la phénoménologie (représentant le sens d'expériences liées à un phénomène particulier à travers plusieurs personnes), de l'étude de cas (dans l'étude approfondie d'un ou plusieurs exemples qui représentent un phénomène ou un thème particulier), de la *grounded theory* ou la théorisation enracinée (Guillemette, 2009) (dérivation inductive de la théorie de l'expérience et des perspectives des participants), de l'ethnographie (représentant la culture du point de vue de ses membres), et, de la recherche-action (recherche en vue du changement social,

caractérisé par une théorie réflexive de processus en recherche-action). Alors que certaines méthodes sont davantage utilisées en sociologie et en anthropologie, nous préférons adopter la méthode de l'étude de cas qui nous semble pertinente quant au phénomène étudié. Par ailleurs, il existe des points communs entre ces diverses approches d'un point de vue du recueil des données qualitatives, de leurs critères, de leur validité et de leur pertinence quant à la transférabilité du savoir qu'elles dégagent pour servir la pratique de terrain.

7.1.3. Les caractéristiques de la méthodologie en recherche qualitative

L'objectif principal de la recherche qualitative en psychologie est de saisir le sens de phénomènes psychologiques et les relations entre les variables à mesure qu'elles surviennent naturellement. Les chercheurs s'efforceront de comprendre les concepts psychologiques, reflétés dans la pensée, le langage et le comportement selon les participants à l'étude. Contrairement aux approches plus quantitativement orientées dans lesquelles la démarche est guidée par les perspectives du chercheur, l'objectif de la recherche qualitative est de capturer le système de pensées propre au participant. L'importance est alors donnée aux caractéristiques relatives au contexte de l'étude, aux techniques d'échantillonnage, aux méthodes de collecte de données, à l'analyse, à l'interprétation et aux rapports qui renvoient, respectivement, aux rôles des chercheurs et des participants, selon l'influence de la théorie et de la connaissance tacite (Nastasi & Schensul, 2005).

Le contexte de l'étude

Conformément à sa vocation première, la démarche qualitative a souvent lieu dans le contexte naturel ou de la vie réelle au sein duquel les contrôles expérimentaux sont difficiles à imposer. Les résultats de recherches décopulant de phénomènes psychologiques en temps réel ainsi que les paramètres de la vie sont considérés comme cadre, limitant ainsi l'attention sur la généralisation (Nastasi & Schensul, 2005).

Les techniques d'échantillonnage

Contrairement aux approches plus traditionnelles des méthodes quantitatives, l'échantillonnage en recherche qualitative n'est pas nécessairement limité à un échantillonnage aléatoire, ni guidé par des efforts pour développer une perspective normative. En outre, l'échantillonnage est déterminé, guidé par, non seulement, la question

Les méthodes de collecte de données, l'analyse, l'interprétation et les rapports

Avec l'objectif de capturer et de représenter la nature idiographique de phénomènes psychologiques en contexte naturel, les méthodes de recherches qualitatives se fondent principalement sur des techniques ouvertes telles que l'observation, les entretiens et l'enregistrement des indicateurs déjà existants, comme des archives ou des documents. La collecte des formes qualitatives de données ne s'oppose pas à la quantification, comme illustré par Siegel (2005, cité par Nastasi & Schensul, 2005).

L'analyse déductive des données est caractéristique de la démarche qualitative dans le champ de la psychologique traditionnelle. Pour ce faire, l'interprétation des données implique un processus de négociation avec les participants à la recherche afin d'assurer une représentation précise de leurs points de vue.

La présentation des résultats de la recherche qualitative reflète principalement l'objectif d'une représentation idéographique du phénomène étudié. L'étude de cas implique une description étoffée du phénomène naturel afin d'illustrer les thèmes de recherche.

En général, la transformation (à savoir la description, l'analyse, l'interprétation ; Wolcott, 1994, cité par Nastasi & Schensul, 2005) de données qualitatives est un processus continu, itératif et participatif. L'analyse et l'interprétation des données commencent par la collecte des données initiales, informent sur la collecte des données ultérieures, et nécessitent la participation de sujets. Les chercheurs usant de méthodes qualitatives utilisent des sources multiples de données pour représenter l'éventail des phénomènes étudiés selon les points de vue des participants. Leur diffusion consiste, dès lors, à utiliser la description déductive pour représenter les phénomènes concernant le public cible tout en argumentant et discutant de manière réflexive les résultats avancés (Santiago-Delefosse, 2004).

7.2. Approche qualitative du trouble de deuil persistant

7.2.1. Objectif de l'étude 3 : caractéristiques qualitatives du TDP

L'objectif de cette troisième et dernière étude est de dégager, dans un premier temps, les constituants psychopathologiques de l'endeuillé enclin au TDP par l'entremise d'un profil issu du MMPI-2. Cet inventaire de la personnalité est largement employé pour l'évaluation de la personnalité et des troubles psychopathologiques inhérents. Malgré son utilisation dans divers contextes, l'un de ses principaux domaines d'application se situe dans un cadre de soins ambulatoires ou en structures hospitalières spécialisés en psychiatrie (Egger, Delsing & De Mey, 2003). Il nous semble pertinent d'apporter un angle de vue supplémentaire quant à la terminologie du tableau clinique concernant le TDP ; le MMPI-2 nous apparait, dans ce contexte, comme un des meilleurs outils pour appréhender la pathologie du deuil puisqu'il a déjà fait ses preuves à travers la qualité de ses éléments différentiels et préventifs en matière de diagnostic psychopathologique spécifique (Egger, Delsing & De Mey, 2003 ; Siira, Wahlberg, Miettunen et *al.*, 2008). A la lumière du profil dégagé de personnalité, nous nous attèlerons, à travers une étude de cas, à initier une démarche de validation qualitative du TDP. Après avoir défini un corpus quant aux troubles associés et dépeignant le trouble du deuil persistant, des entretiens semi-structurés nous permettront de confirmer, auprès de personnes âgées enclines à la souffrance du deuil, d'apprécier quatre types de troubles définissant le TDP :

a) Les troubles affectifs et émotionnels ;
b) Les troubles cognitivo-comportementaux ;
c) Les troubles somatiques ;
d) Les troubles contextuels et sociaux.

De nombreuses recherches n'ont cessé de rendre compte de toute cette palette d'expressions psychopathologiques que revêt le trouble du deuil persistant (Prigerson et *al.*, 2009 ; Stroebe et *al.*, 2001). Si Neimeyer (2001, 2002, 2006) a longtemps soutenu, à travers une approche constructiviste du discours, l'apport du récit de vie dans la compréhension du deuil et des dysfonctionnements qu'il suscite chez l'endeuillé, aucun, à notre connaissance, n'a adopté une démarche méthodologique qualitative rigoureuse pour rendre compte de la singularité du vécu du TDP comme support de validation qualitative. Nous tenterons, dans

7.2.2. Méthode

7.2.2.1. Les participants

Concernant cette étude, trois participants ont souhaité poursuivre la démarche de recherche concernant le deuil et ses issues. Ces participants ont été sélectionnés car ils présentaient tous trois les caractéristiques d'un trouble du deuil persistant avec un score de 46 pour Madame N, de 50 pour Madame O et de 42 pour Monsieur N. Nous nous sommes également assurés que chacun des participants remplissait les critères de diagnostic d'un TDP tels que définis par Prigerson et ses collègues (2004, 2008). Il s'agit donc de deux femmes et d'un homme dont la moyenne d'âge est de 73 ans et 7 mois (σ = 10.96). Deux des participants sont veufs et vivent seuls, Madame O et Monsieur N. Le troisième, Madame M, a perdu son fils aîné et vit en couple. Le nombre d'années du décès est d'environ 6 ans (σ = 1.15). Tous trois vivent dans leur propre maison ou appartement.

7.2.2.2. La procédure

Nous avons sollicité les personnes qui avaient répondu au protocole de la première étude portant sur la validation de l'IDC-R et qui y avaient laissé leurs coordonnées pour participer à d'autres phases de la recherche. De ces premiers protocoles de recherche, la sélection des sujets et leur sollicitation pour cette phase d'entretien de recherche se sont effectuées de la manière suivante :

1. Repérage selon les critères diagnostic de Prigerson de sujets qui ont communiqué leurs coordonnées présentant un TDP en première passation, et, ceux le présentant en première et deuxième passation.
2. Contact avec ces personnes par téléphone avec une présentation, à nouveau, du chercheur et de sa démarche ainsi que le rappel de leur participation à la recherche. Il est réitéré auprès de la personne les conditions de confidentialité de sa participation, son libre choix d'accepter ou de refuser l'entretien, à tout moment et sans qu'il ait besoin d'en

3. Prise de rendez-vous avec le sujet pour un entretien de recherche dont il connaît, au préalable, l'objet précis.
4. Coordonnées téléphoniques du chercheurs données au participant si, entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous, celui-ci désire se retirer de la recherche qu'il puisse le faire en toute facilité et liberté.
5. Rendez-vous avec le participant dans un endroit où il puisse se sentir le plus à l'aise possible (chez lui ou dans un endroit public permettant de préserver la confidentialité de l'échange). Avant de débuter l'entretien de recherche, il est signé, en double exemplaire (un pour le participant et un pour le chercheur), un document de consentement (en annexe, A13). S'effectue également la passation du Mini Mental States Examination afin de s'assurer que le participant ne présente pas de troubles cognitifs pouvant biaiser ses réponses à l'entretien de recherche.
6. Déroulement de l'entretien de recherche : anamnèse et entretien selon une grille d'entretien semi-directif. L'entretien est enregistré pour les besoins de retranscription et d'analyse avec l'accord du participant.
7. Après chaque entretien de recherche, il est remis à l'interviewé, sous enveloppe affranchie au nom et à l'adresse du chercheur, le MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 ou Inventaire de Personnalité Multiphasique du Minnesota 2) à remplir et à retourner. Le chercheur fournit également un document portant les coordonnées de centres d'aide psychologique au plus proche, géographiquement, du lieu d'habitation du participant. Il est à nouveau rappeler au participant que pour toutes questions ou toutes informations, le chercheur se tient à sa disposition.

7.2.2.3. Les outils d'évaluation psychologique et psychopathologique

Le **Mini-Mental State Examination** (Folstein, Folstein & McHugh, 1975) ou la Mini Examination des Etats Mentaux (Derouesné, 2001 ; Kalafat, Hugonot-Diener & Poitrenaud, 2003) permet d'évaluer les aptitudes cognitives générales relatives à l'orientation, au langage et à l'attention (Lopez, Charter, Mostafavi et *al.*, 2005). Elle est essentiellement utilisée en gériatrie comme premier outil de détection concernant l'apparition de troubles cognitifs liés à la démence. La classification de Folstein (2001, cité par Lopez et *al.*, 2005), recommande de catégoriser les scores obtenus à la MMSE comme suit :

- **Score MMSE ≥ à 27** est considéré comme « normal »,
- **21 ≤ Score MMSE ≤ 26** : il existe de légers troubles cognitifs,
- **11 ≤ Score MMSE ≤ 20** : il existe des troubles cognitifs modérés,
- **Score MMSE ≤ 10** : il existe de sévères troubles cognitifs.

Par ailleurs, il existe de véritables divergences quant au seuil critique de « diagnostic » concernant la présence ou non de troubles cognitifs préoccupants – divergences davantage alimentées par l'existence de disparités relatives à l'âge et au niveau scolaire de la personne testée au MMSE (Lopez et *al.*, 2005). Concernant nos participants, Madame M a obtenu un score de 27, Monsieur N, également, et, Madame O un score de 29. Ces résultats arguent en faveur d'aptitudes cognitives générales conservées.

L'**Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota 2** ou Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (Hathaway & McKinley, 1996) est un outil de mesure auto-rapporté composé de 567 items dont le format de réponse est de type « vrai »/ « faux ». Il est le plus utilisé des instruments mesurant la personnalité (Butcher, Derksen, Sloore & Sirigatti, 2003) et permettant d'évaluer, de manière pertinente et robuste, les signes cliniques en psychopathologie (Butcher et *al.*, 2001, cité par Quilty, Sellbom, Tackett & Bagby, 2009). Outre les indices permettant de juger de la validité et de la sincérité concernant les réponses du participants (indices F-K, L, ?, Fb, VRIN et TRIN), le MMPI-2 se compose de :

- **dix échelles cliniques de base** relatives à l'hypocondrie (échelle 1, Hs), à la dépression (échelle 2, D), à l'hystérie de conversion (échelle 3, Hy), à la déviation psychopathique (échelle 4, Pd), à la masculinité/féminité (échelle 5, Mf), à la paranoïa (échelle 6, Pa), à la psychasthénie (échelle 7, Pt), à la schizophrénie (échelle 8, Sc), à l'hypomanie (échelle 9, Ma) et à

- **quinze échelles cliniques supplémentaires**, à savoir l'anxiété (A), le refoulement (R), la force du moi (Es), l'alcoolisme (MAC-R), l'hostilité hypercontrôlée (O-H), la dominance (Do), la responsabilité sociale (Re), la maladaptation chez les étudiants (Mt), le genre (GM et GF respectivement pour masculin et pour féminin), les troubles de stress post-traumatique (PK et PS qui sont des échelles complémentaires), la souffrance conjugale (MDS), la tendance à l'addiction (APS), l'addiction admise (AAS), assorties de **3 sous-échelles caractéristiques de la personnalité** qui sont la timidité et la gêne (Si_1), l'évitement social (Si_2) et l'aliénation Soi/Autrui (Si_3). Ces échelles permettent d'approfondir l'interprétation du profil de personnalité dégagé à partir des échelles cliniques de base.
- **quinze échelles de contenu** qui sont l'anxiété (ANX), les peurs (FRS), l'obsessionnalité (OBS), la dépression (DEP), les préoccupation concernant sa santé (HEA), la bizarrerie de la pensée (BIZ), la colère (ANG), le cynisme (CYN), les conduites antisociales (ASP), le type A (TPA), l'estime de soi basse (LES), l'inconfort social (SOD), les problèmes familiaux (FAM), les interférences avec le travail (WRK), l'attitude négative vis-à-vis d'un traitement (TRT). Ces échelles procurent des indicateurs supplémentaires quant à la personnalité du sujet et quant aux problèmes cliniques éventuellement rencontrés.
- **items clefs** de Koss et Butcher (1973, cité par Hathaway & McKinley, 1996), et, de Lachar et Wrobel (1979, cité par Hathaway & McKinley, 1996) qui, selon un certain regroupement, permettent d'appréhender, en complément d'entretiens cliniques et d'observations, des troubles cliniques particuliers comme, par exemple, l'état d'anxiété aiguë, la confusion mentale ou les symptômes somatiques pour en citer quelques uns.

Comme le souligne Butcher et ses collaborateurs (2003), le MMPI-2 a connu de nombreuses adaptations en Europe avec, toujours, la difficulté de remplir les critères de validité malgré

les disparités culturelles. En ce qui concerne l'adaptation française (Pichot & Perse, 1958, cité par Butcher et *al.*, 2003), le MMPI-2 révèle des qualités métriques tout à fait satisfaisantes, et, possède également toutes les normes propres à la population francophone. Depuis peu, Tellegen et ses collaborateurs (2003, cité par Quilty et *al.*, 2009) ont proposé, à partir du MMPI-2, des échelles cliniques restructurées RC rendant compte d'un facteur important, celui de la démoralisation qui se décline en neuf dimensions comme, par exemple, la plainte somatique et les émotions négatives dysfonctionnelles. Ce maniement d'échelle reconfigure dans son ensemble le MMPI-2. A l'heure actuelle, aucune étude française ne s'y est intéressée alors que ces échelles cliniques restructurées s'axent davantage sur les troubles psychopathologiques.

Pour décrire les profils de nos participants, nous utiliserons la méthode d'*analyse de base* échelle par échelle, couplant l'analyse dimensionnelle et l'analyse catégorielle, qui semble plus adaptée à notre démarche que la *méthode actuarielle* ou que la *méthode des codes- types* (Cf. Manuel de Psychiatrie de Guelfi et Rouillon, 2007).

7.2.2.4. L'élaboration de la grille d'entretien de recherche

Les items se basent sur le DSM-IV-TR (2004), sur l'exposé de Annie Tremblay lors d'un congrès au Québec (2006) et sur les propositions diagnostiques de Prigerson et de ses collaborateurs (2009) concernant le TDP pour l'élaboration du futur DSM-V (prévu en 2012) afin d'en dégager une validation par une approche purement qualitative.

Réflexion et Analyse sur le corpus à retenir

Au fil de la littérature scientifique, force est de constater que nous ne pouvons considérer les complications au deuil sans connaître et prendre en compte les expressions qu'il peut recouvrir. Ces expressions sont souvent associées à celles d'un épisode dépressif majeur ou à celles d'un syndrome de stress post-traumatique.

- **Selon le Mini DSM-IV-TR**

Le Deuil apparaît à la page 310, sous la rubrique « Autres situations supplémentaires qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique » et le code Z63.4 [V62.82], comme suit :

> *« Cette catégorie peut être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est la réaction à la mort d'un être cher. Certains individus affligés présentent, comme réaction à cette perte, des symptômes caractéristiques d'un Episode dépressif majeur (p. ex.,* ***sentiments de***

tristesse associé à des symptômes tels que : insomnie, perte d'appétit et perte de poids*). Typiquement, l'individu en deuil considère son* ***humeur déprimée comme « normale »****, bien qu'il puisse rechercher l'aide d'un professionnel pour soulager les symptômes associés tels qu'une insomnie ou une anorexie. La* ***durée*** *et l'****expression*** *d'un deuil « normal »* ***varient considérablement*** *parmi les différents groupes culturels. Le diagnostic de Trouble dépressif majeur n'est généralement pas posé, à moins que les symptômes soient encore présents deux mois après la perte. Cependant, la présence de certains symptômes non caractéristiques d'une réaction « normale » de chagrin peut aider à différencier le deuil d'un Episode dépressif majeur. Ceux-ci comprennent : 1)* ***la culpabilité à propos de chose autres que les actes entrepris ou non entrepris par le survivant à l'époque du décès*** *; 2)* ***idées de mort chez le survivant ne correspondant pas au souhait d'être mort avec la personne décédée*** *; 3)* ***sentiment morbide de dévalorisation*** *; 4)* ***ralentissement psychomoteur marqué*** *; 5)* ***altération profonde et prolongée du fonctionnement*** *; 6)* ***hallucination*** *autres que celles d'entendre la voix ou de voir transitoirement l'image du défunt. »*

Dans la littérature, le deuil et sa potentielle expression pathologique rejoignent les symptômes d'un Episode Dépressif Majeur (EDM) sans pour autant n'être que cela. Dans cette perspective, il est, dès lors, fort difficile de savoir s'il faut ou non prendre en compte la symptomatologie d'un EDM. Par ailleurs, lorsque nous nous intéressons davantage aux symptômes répertoriés, il peut être pertinent de les considérer comme des caractéristiques possibles relevant des complications au deuil :

« A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêts ou de plaisir.

[…]

*(1) **Humeur dépressive** présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p.ex., se sent triste ou vide) ou observée par d'autres (p.ex., pleurs). […]*

*(2) **Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir** pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)*

*(3**) perte ou gain de poids significatif** en l'absence de régime (…) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours […]*

*(4) **Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours***

*(5) **Agitation ou ralentissement psychomoteur** presque tous les jours (…)*

*(6) **Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours***

*(7) **sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée** (qui peut être délirante) **presque tous les jours** (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade)*

*(8) **Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours** (signalée par le sujet ou observée par les autres)*

*(9) **Pensées de mort récurrentes** (pas seulement une peur de mourir), **idées suicidaires récurrentes** sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.*

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Episode mixte.

*C. les symptômes induisent une **souffrance cliniquement significative** ou une **altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants**.*

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance […] ou d'une affection médicale générale […].

E. les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c.-à-d. après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux

mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur. » (p.163-165)

Considérer la potentialité morbide du deuil est, dans des circonstances de décès traumatique, considérer le tableau clinique du syndrome de stress post-traumatique (selon la classification du Mini DSM-IV-TR, F43.1 [309.81], p. 215-218) :

« A. Le sujet a été exposé à un évènement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

(1) Le sujet a vécu, a été témoin ou a été ***confronté à un évènement ou à des évènements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels sont intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée***

(2) la réaction du sujet à l'évènement s'est traduit par une ***peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.*** *[…]*

B. L'évènement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) façons suivantes :

(1) ***souvenirs répétitifs et envahissants de l'évènement*** *provoquant un* ***sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.*** *[…]*

(2) ***rêves répétitifs*** *de l'évènement provoquant* ***un sentiment de détresse****. […]*

(3) ***impression ou agissement soudain « comme si » l'évènement traumatique allait se reproduire*** *(incluant le sentiment de revivre l'évènement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication). […]*

(4) ***sentiment intense de détresse psychique*** *lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'évènement traumatique en cause*

*(5) **réactivité physiologique** lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'évènement traumatique en cause*

C. Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

*(1) **efforts pour éviter les pensées**, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme*

*(2) **efforts pour éviter les activités**, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme*

*(3) **incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme***

*(4) **réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes** ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités*

*(5) **sentiment de détachement d'autrui** ou bien de devenir étranger par rapport aux autres*

*(6) **restriction des affects** (p. ex. ; incapacité à éprouver des sentiments tendres)*

*(7) **sentiment d'avenir « bouché »** (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie)*

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

(1) difficultés d'endormissement ou de sommeil interrompu

(2) irritabilité ou accès de colère

(3) difficulté de concentration

(4) hypervigilance

(5) réaction de sursaut exagérée

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraine une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

***Aigu** : si la durée des symptômes est de moins de trois mois*

***Chronique** : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.*

***Survenue différée** : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress »*

- **Selon Annie Tremblay (2006)**

Les critères à retenir pour identifier un deuil compliqué/pathologique (l'auteur considère les deux termes comme interchangeables) sont :

« Persistance plus de 6 mois après la perte:

1 .incapacité à croire vraiment à la disparition

2. refus d'accepter la mort

3. comportements de recherche active du disparu

4. de colère et d'amertume envers la personne décédée

5. d'épisodes soudains et intenses de détresse émotionnelle s'accompagnant d'ennui et de manque

6. de préoccupations et ruminations centrées sur la personne disparue incluant des reviviscences du décès

7. de comportements d'évitement (souvenirs, activités, lieux, personnes associées à la personne perdue)

8. se sentir toujours assommé, frappé de stupeur par la mort

9. pleurs incoercibles

10. engourdissement émotionnel »

Selon Tremblay (2006), la comorbidité deuil/dépression est à prendre en considération puisqu'elle estime que 14 à 16% des endeuillés présenteraient une dépression majeure. De plus, l'auteur, s'appuyant sur le DSM-IV-TR pour différencier le deuil d'une dépression majeure, souligne l'importance de « la triade dépressive: sentiments de désespoir, impuissance et d'inutilité ». S'ajoutent des « reviviscences intenses, comportements d'évitement, détachement émotionnel » qui peuvent faire penser à des expressions relatives au syndrome de stress post-traumatique (SSPT). La différence majeure entre un trouble du

deuil persistant et un SSPT est que, pour le trouble du deuil persistant, la focalisation du survivant s'effectue sur la relation avec la personne perdue alors que, pour le SSPT, il s'agit de l'intensité de la menace vécue.

- **Corpus retenu**

Précédemment, ont été mis en caractères gras les caractéristiques symptomatologiques relatives au deuil, dans un contexte pathogénique ayant trait avec un EDM ou un SSPT, en référence aux symptomatologies décrites par le Mini DSM-IV-TR. Nous proposons un corpus se déclinant selon quatre grandes composantes dans le Tableau 8.

Tableau 8. Corpus relatif au trouble du deuil persistant (TDP).

Corpus TDP			
Composantes affectives et émotionnelles	**Composantes cognitivo-comportementales**	**Composantes somatiques**	**Composantes contextuelles et sociales**
- Tristesse - Souffrance - Humeur déprimée - Culpabilité - Dévalorisation - Idées morbides/suicidaires - Hallucinations - Diminution de l'intérêt et du plaisir - Peur intense - Traumatisme - Sentiment d'impuissance - Sentiment d'horreur - Détresse - Rêves répétitifs - « amnésie » de l'évènement - Sentiment de détachement d'autrui ou d'être étranger aux autres - Restriction des affects - Sentiment d'avenir « bouché » - Colère - Sentiment de vide - Non acceptation de la mort - Hébétude	- Agitement/Ralentissement psychomoteur - Troubles du sommeil (insomnie/hypersomnie) - Diminution de l'aptitude à penser, à se concentrer ou indécision - Trauma causé par un stresseur - Souvenirs répétitifs et envahissants de l'évènement accompagnés d'images, de pensées ou de perceptions - Impression ou agissement soudains - Réviviscence de l'évènement - Evitement de pensées, d'activités - Sursaut exagéré - Rumination	- Altération du fonctionnement - Gain ou perte de poids - Fatigue ou perte d'énergie - Maladies : cardiovasculaire, cancer, artérielles, etc. - Réactivité physiologique	- Fréquences des troubles : presque tous les jours - Altération du fonctionnement social, professionnel et autres domaines

De ce corpus, nous avons construit une grille d'entretien semi-directif présentée dans le Tableau 9.

Tableau 9. Grille d'entretien semi-directive pour appréhender les expressions du TDP.

Items	Ce que nous cherchons à apprécier
Pouvez-vous me décrire ce que vous ressentez à l'évocation de sa mort ?	Nous cherchons à apprécier la composante affective et émotionnelle présente chez la personne endeuillée
Pensez-vous que le décès ait eu un impact sur vos pensées et vos comportements dans la vie de tous les jours ?	Nous cherchons à apprécier les composantes cognitivo-comportementales et contextuelles
Diriez-vous que vous êtes en moins bonne santé depuis son décès ?	Nous cherchons à apprécier la composante somatique
Le décès a t-t-il changé vos relations avec les autres ? Si oui, comment ?	Nous cherchons à apprécier la composante contextuelle et sociale

Par ailleurs, il nous semble important de proposer des questions supplémentaires dans le cadre d'un vécu traumatique de la perte. Ces questions seront posées si leurs thèmes ne sont pas évoqués dans le discours des personnes endeuillées, à savoir :

- Etiez-vous présent(e) aux côtés de la personne au moment de sa mort ? Quels souvenirs en gardez-vous ? Pouvez-vous me décrire ce que vous avez ressenti à ce moment là ? Ce que vous ressentez encore aujourd'hui lorsque vous m'en parlez ?
- Avez-vous vu la personne décédée une dernière fois avant la mise en bière ? Quels souvenirs gardez-vous de ce moment ? Pouvez-vous me décrire ce que vous avez ressenti à ce moment là ? Ce que vous ressentez encore aujourd'hui lorsque vous m'en parlez ?
- Avez-vous assisté à une cérémonie funéraire, quelque soit sa forme, dédiée à la personne défunte ? Pouvez-vous me décrire ce que vous avez ressenti à ce moment là ? Ce que vous ressentez encore aujourd'hui lorsque vous m'en parlez ?

7.2.3. Résultats

7.2.3.1. Le profil de personnalité de chaque participant selon le MMPI-2

Madame M (annexe C1)

Madame M est une femme mariée de 61 ans qui a eu deux fils et a adopté, avec son mari, une fille, dans un moment de leur vie de couple où il existait des difficultés à concevoir un enfant. Dans l'histoire de Madame M, « prendre soin de l'autre » était un élément important de sa vie. Cette vie qui semble avoir basculé il y a 8 ans lors du brutal accident de voiture de son fils aîné, dans des circonstances plus qu'improbables. Madame M semble encore aujourd'hui emprise d'une profonde tristesse et détresse psychologique malgré le soutien apporté, entre autre, par son mari.

Madame M présente une telle souffrance psychologique que le fait de remplir exhaustivement le MMPI-2 semble avoir été impossible pour elle (203 questions sur 567 n'ont pas eu de réponse). Dès lors, il serait plus que douteux de procéder à une analyse de son profil MMPI-2 avec autant de données manquantes – Hathaway & McKinley (1996) recommandent fortement d'invalider un protocole MMPI-2 dont le nombre d'items sans réponse est au-delà de 30 –.

Madame O (annexe C2)

Madame O a 80 ans, veuve depuis deux ans. Elle a eu trois enfants ; trois fils dont deux sont décédés il y a environ une vingtaine d'années des suites d'une mucoviscidose. Madame O est une femme active qui s'investit dans différentes associations et dans de nombreux voyages, comme pour « fuir la solitude ». Madame O a participé à cette recherche en évoquant le décès de son époux. Madame O a répondu au questionnaire du MMPI-2 faisant parti du protocole de recherche portant sur l'entretien semi-directif relatif à la détection du trouble du deuil persistant d'un point de vue qualitatif.

Pour commencer, attachons-nous à dégager du protocole MMPI-2 de Madame O les indices et la classification qui en résultent pour ensuite s'orienter vers une description du profil qu'elle révèle à travers cet inventaire diagnostic de la personnalité.

L'Indice F-K

L'indice F-K, appelé « indice de sincérité » (Gough, 1947, cité par Hathaway & McKinley, 1996) semble satisfaisant et appuie le fait que Madame O a répondu au

questionnaire de manière cohérente et authentique puisque ces indices recouvrent des valeurs inférieures à 15.

L'indice de Goldberg

L'indice de Goldberg (1965, cité par Hathaway & McKinley, 1996) permet de distinguer les profils psychotiques des profils névrotiques, suivant le calcul : L + Pa + Sc – Hy - Pt. Dans ce sens, un indice supérieur à 45 suggère un diagnostic de psychose. Or, si nous calculons cet indice, nous trouvons, pour Madame O, une valeur de 55 qui rejoint le présupposé de la psychose.

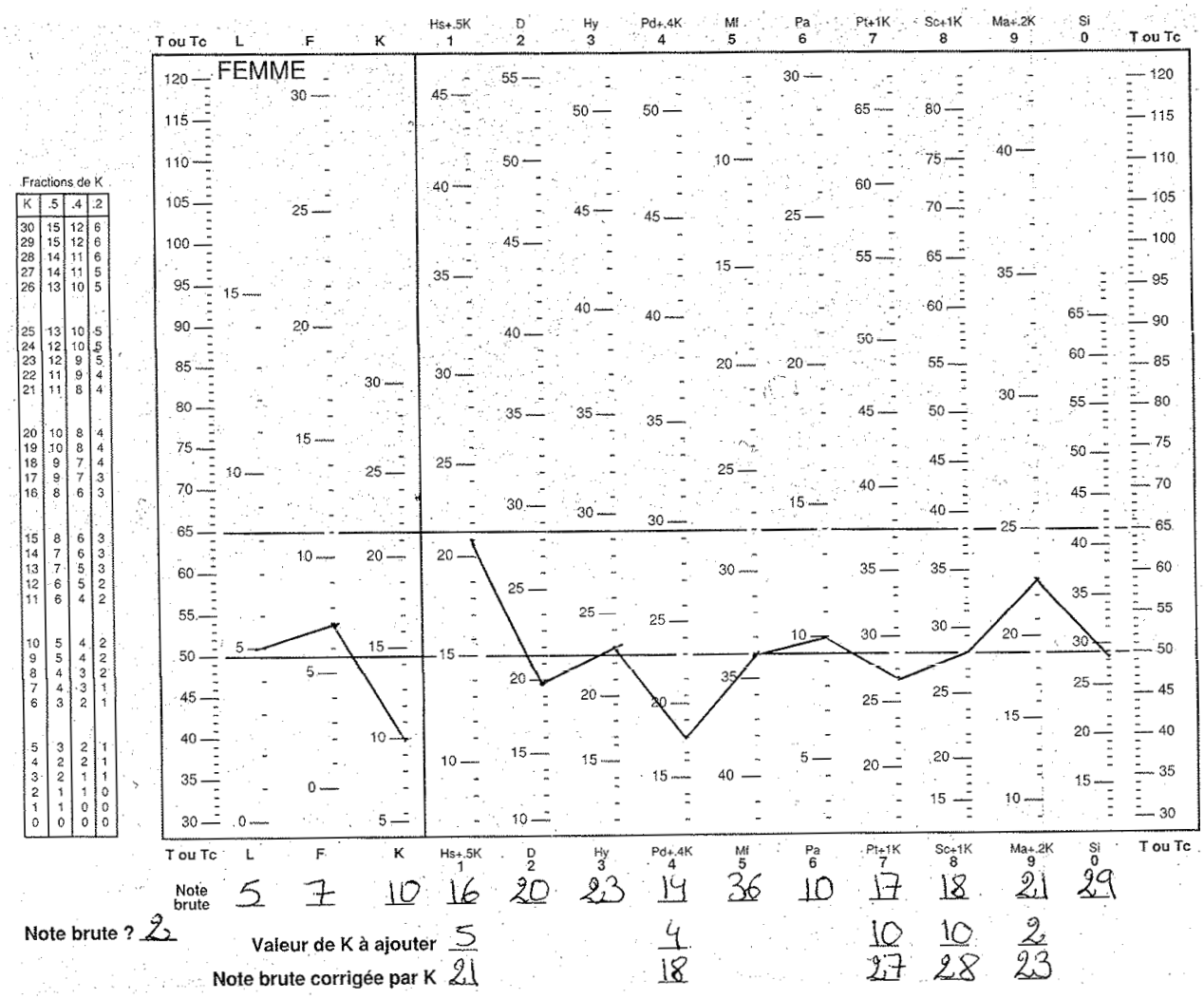
La moyenne de l'élévation du profil

Il s'agit d'effectuer la moyenne des notes T des huit échelles cliniques. Cet indicateur permet d'apprécier un niveau général d'inadaptation et de troubles psychologiques importants dès lors qu'il est supérieur à 65. Le protocole MMPI-2 de Madame O met en avant une moyenne d'élévation du profil de 51.88, signe d'une relative adaptation psychologique.

Le profil de Madame O selon les échelles cliniques de base

Son profil apparaît à la Figure 10. Le code relatif à ce profil est 1-96380/754:FL/ :K. L'hypocondrie semble être la caractéristique dominante de son état psychologique actuel. Sa note à l'échelle 1 (Hs : hypocondrie) se situe à un écart-type au-dessus du mode. Madame O dévoile des préoccupations, centrées sur elle-même, relatives à des exagérations quant à des difficultés de santé rencontrées qui sont soit de l'ordre de l'inconfort ou soit d'un ordre réellement plus important qu'elle minimise. Sa note à l'échelle 9 (Ma : hypomanie) souligne bien le fait que Madame O n'apprécie pas la monotonie, aussi, est-elle entreprenante, attentive à son réseau social et possède-t-elle de nombreuses activités. De plus, Madame O révèle, dans son profil, une tendance au rationalisme et à la clairvoyance teintée de prudence, soulignée par sa note à l'échelle 6 (Pa : paranoïa). Sa note à l'échelle 3 (Hy : hystérie de conversion) souligne davantage son réalisme et sa sensibilité aux éléments qui l'entourent, participant au bon sens qu'elle dévoile.

Figure 10. Profil de Madame O aux échelles cliniques de base du MMPI-2[25].



L'interprétation approfondie du profil de Madame O selon les échelles supplémentaires

Hathaway & McKinley (1996) soulignent que des notes T supérieures à 65 et inférieures à 40 devraient être davantage considérées lors de l'interprétation du profil fourni par ces échelles. De plus, ces auteurs précisent que certaines échelles supplémentaires, comme celle de l'alcoolisme, possèdent des critères d'interprétation spécifiques. Les échelles supplémentaires concernant Madame O sont présentées à la Figure 11.

[25] Selon la feuille de profil – Echelles cliniques de base
Translate and adapted by Permission.
Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U. S. A. All rights reserved.
Copyright © 1996 of the French edition by Les Edition du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.

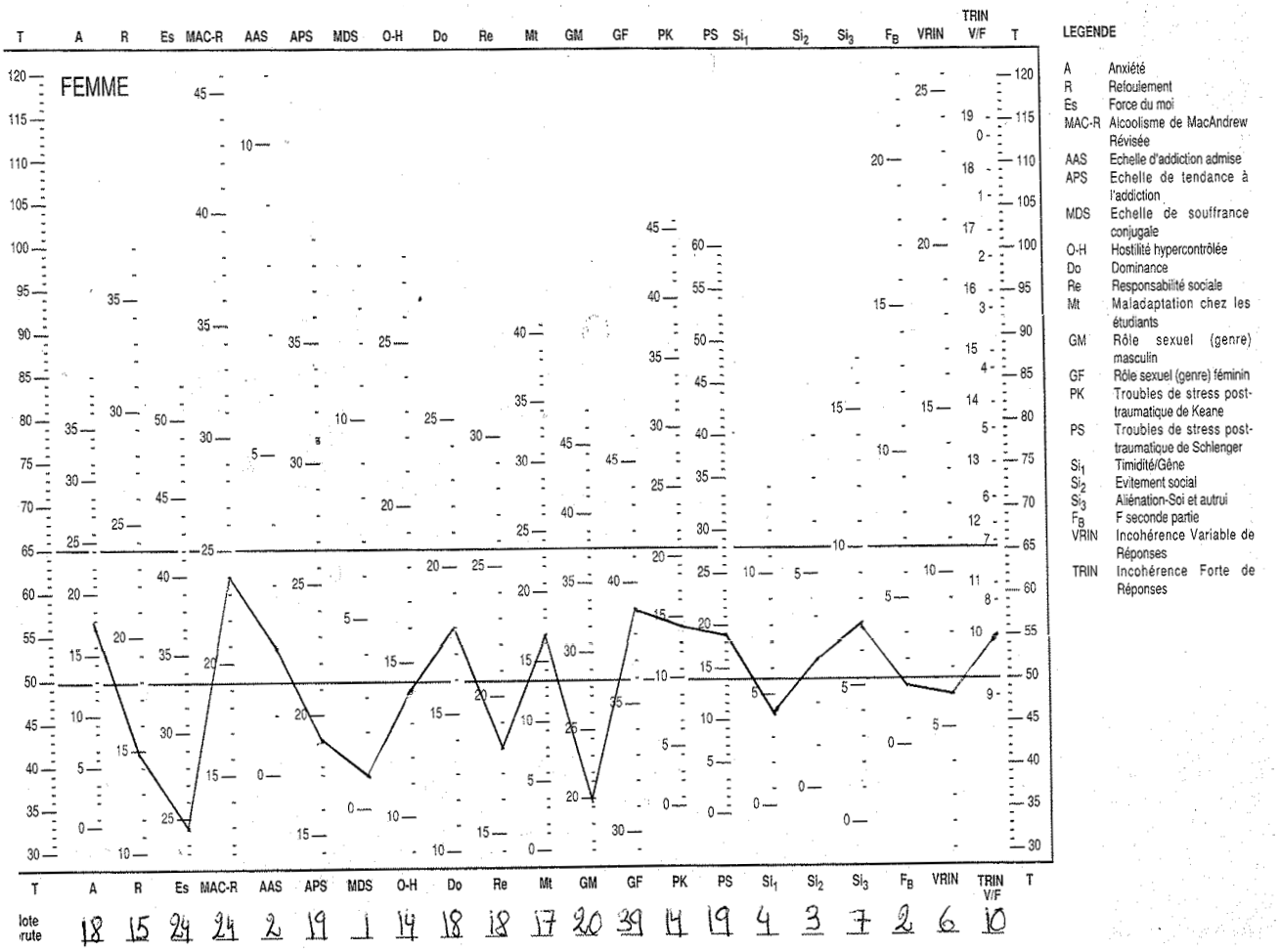
Selon les échelles supplémentaires, il en ressort que Madame O dévoile, à travers l'échelle Es, une faiblesse du moi qui se caractérise par une inhibition, des difficultés en termes de santé physique ainsi qu'en termes de gestion du stress environnant, traduisant dès lors une dépréciation de l'estime qu'elle a d'elle-même et des difficultés d'adaptation psychologique. La santé psychique de Madame O paraît alors fragile. Ce constat est d'autant plus accentué qu'à l'échelle MAC-R, la note T élevée (T_{MAC-R} = 62) laisse entrevoir une tendance à la dépendance et à l'abus de substance. Un tel profil souligne également que Madame O est assez extravertie socialement et pourrait avoir des comportements à risque. Dans ce sens, lorsque nous suivons les pics de son profil aux échelles supplémentaires, la personnalité de Madame O semble marquée par la dominance, échelle Do. Madame O est une personne qui semble avoir de l'assurance, un certain contrôle de soi et peu prendre des initiatives dans ses relations interpersonnelles. Une note très basse à l'échelle GM (T_{GM} = 36) et très élevée à l'échelle GF (T_{GF} = 67) traduit chez Madame O un manque de confiance en soi ainsi qu'une tendance à se réfugier dans la croyance et dans l'abus de substances. Ces caractéristiques se révèlent de manière plus prégnante à l'échelle Si_3 : Madame O a peu d'estime d'elle-même et peu de confiance en elle. Elle est très autocritique et remet en question facilement son jugement lorsqu'elle parle notamment de personnes qui lui sont proches.

L'interprétation des réponses de Madame O aux items clefs

En passant en revue les items clefs, nous pouvons mettre en avant que Madame O présente une tendance à un état d'anxiété aiguë qui se traduit par une nervosité, des peurs et un sommeil léger. S'ajoute un ressenti de menace d'agression qui s'exprime à travers des réactions défensives et comportementales démesurées. Il apparaît également, à travers les réponses données aux items clés, des idéations suicidaires de l'ordre de la passivité, de l'inquiétude, de la dévalorisation, d'une labilité émotionnelle et d'une tentative de passage à l'acte suicidaire inavouée. Madame O rencontre également quelques perturbations du sommeil en lien avec la rumination et le ressenti de peur. Quelques pensées déviantes parsèment ses réponses à travers l'évocation d'expériences étranges ou de fuite de la pensée. Elle dévoile une colère problématique car elle a tendance à s'emporter vite, de manière peu contrôlée, ou, du moins, pas toujours consciente. Des symptômes somatiques sont présents et se traduisent par des gênes corporelles, des douleurs diverses et une certaine fatigue. De plus, il apparaît que Madame O revêt un comportement d'abus de

substance qui se traduit par des comportements oubliés et par une prise médicamenteuse, sans ordonnance, pour pallier à ses difficultés de sommeil. Pour finir, Madame O dévoile quelques difficultés d'ordre sexuelles qui s'expriment par des pensées obsessionnelles à ce sujet.

Figure 11. Profil de Madame O aux échelles supplémentaires du MMPI-2[26].



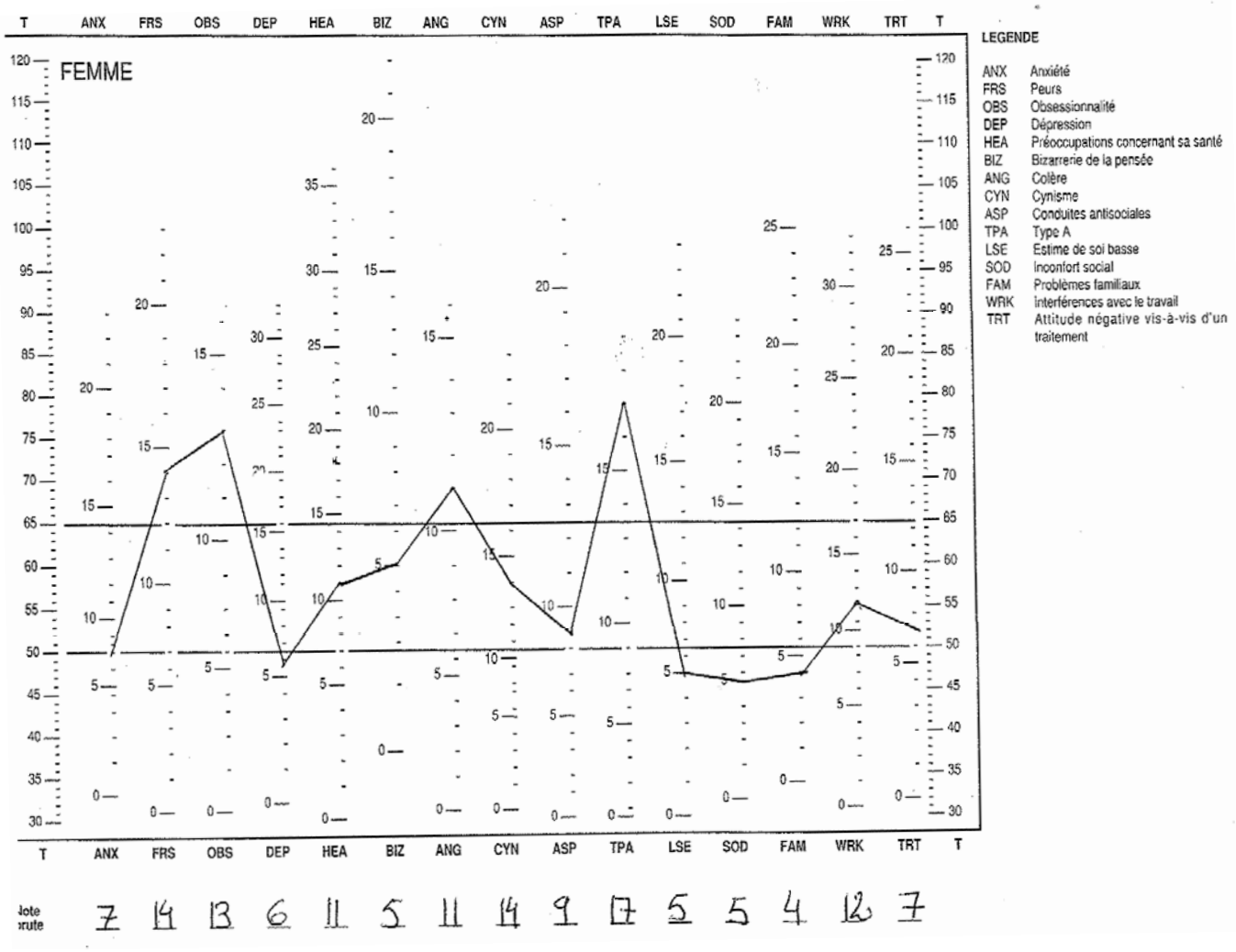
[26] Selon la feuille de profil – Echelles supplémentaires

Translate and adapted by Permission.
Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U. S. A. All rights reserved.
Copyright © 1996 of the French edition by Les Edition du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.

L'interprétation des notes obtenues aux échelles de contenu selon les réponses de Madame O

De ce profil (figure 12), Madame O présente des notes T élevées aux échelles FRS et OBS (respectivement T_{FRS} = 71 et T_{OBS} = 76) qui traduisent, d'une part, les peurs singulières qui animent Madame O, d'autre part, la tendance à une rumination démesurée face aux problèmes rencontrés. L'inquiétude et l'afflux de pensées peuvent parfois submerger Madame O, notamment, en provoquant des troubles du sommeil. De plus, Madame O paraît être une personne qui éprouve des difficultés à contrôler ses affects négatives, ayant une tendance à la colère débordante, à l'impatience ainsi qu'à une facilité pour l'énervement. Ces caractéristiques s'appréhendent à travers une note T élevée à l'échelle ANX (T_{ANX} = 69). Madame O révèle aussi combien elle s'investit dans de nombreuses activités de manière efficace et planifiée, et, combien elle peut être impatiente, catégorique et autoritaire envers des personnes différentes de son mode de fonctionnement (note T élevée à l'échelle TPA, T_{TPA} = 79).

Figure 12. Profil de Madame O aux échelles de contenu du MMPI-2[27].



Conclusions générales quant au profil de personnalité de Madame O au MMPI-2

Sous des aspects de personnalité tels que la clairvoyance, son bon sens, une certaine extraversion sociale qui lui permet de pallier à la solitude ressentie, Madame O révèle des fragilités psychologiques comme une faible estime de soi et de l'anxiété qui participent à nourrir ses peurs et aussi une rumination parfois exagérée. Ses angoisses ne sont pas toujours contenues, alimentant une tendance à la colère tournée vers autrui ainsi que des

[27] Selon la feuille de profil – Echelles de contenu
Translate and adapted by Permission.
Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U. S. A. All rights reserved.
Copyright © 1996 of the French edition by Les Edition du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.

comportements inadaptés. Sa sensibilité couplée aux autres fragilités psychologiques qui l'animent concourt au développement de ces problèmes de santé rencontrés.

Monsieur N (annexe C3)

Monsieur N a 80 ans. Il est veuf depuis environ 8 ans. De son mariage, il a eu trois enfants : deux fils et une fille. Son fils aîné est décédé dans des circonstances mal connues, il y a, à peu près, 30 ans. De ce décès, naîtra la peine inconsolable d'un couple brisé par l'évènement. Monsieur N s'est énormément investi dans sa carrière professionnelle négligeant parfois, peut-être, sa famille qui, tour à tour, le suivait dans les moindres de ses nombreuses mutations. L'absence de Monsieur N a, sans doute, nourri la jalousie qui animait sa femme durant longtemps. Monsieur N a participé à cette recherche en évoquant le décès de son épouse.

Monsieur N a répondu au MMPI-2, dans le cadre du protocole de recherche portant sur l'entretien semi-directif relatif à la détection du trouble du deuil persistant d'un point de vue qualitatif. Nous procèderons, comme pour l'analyse concernant Madame O, à l'analyse du protocole MMPI-2 de Monsieur N pour en dégager les caractéristiques de sa personnalité telles qu'elles apparaissent à travers cet inventaire.

L'Indice F-K

L'indice F-K, « indice de sincérité », est satisfaisant puisque Monsieur N a répondu à l'inventaire, semble-t-il, de manière cohérente et authentique. Les notes brutes F et K étant inférieures à 15.

L'indice de Goldberg

Selon l'indice de Goldberg (1965, cité par Hathaway & McKinley, 1996), nous dégageons une valeur de 71 selon le protocole MMPI-2 de Monsieur N, ce qui laisse penser à un aménagement psychique typique de la psychose.

La moyenne de l'élévation du profil

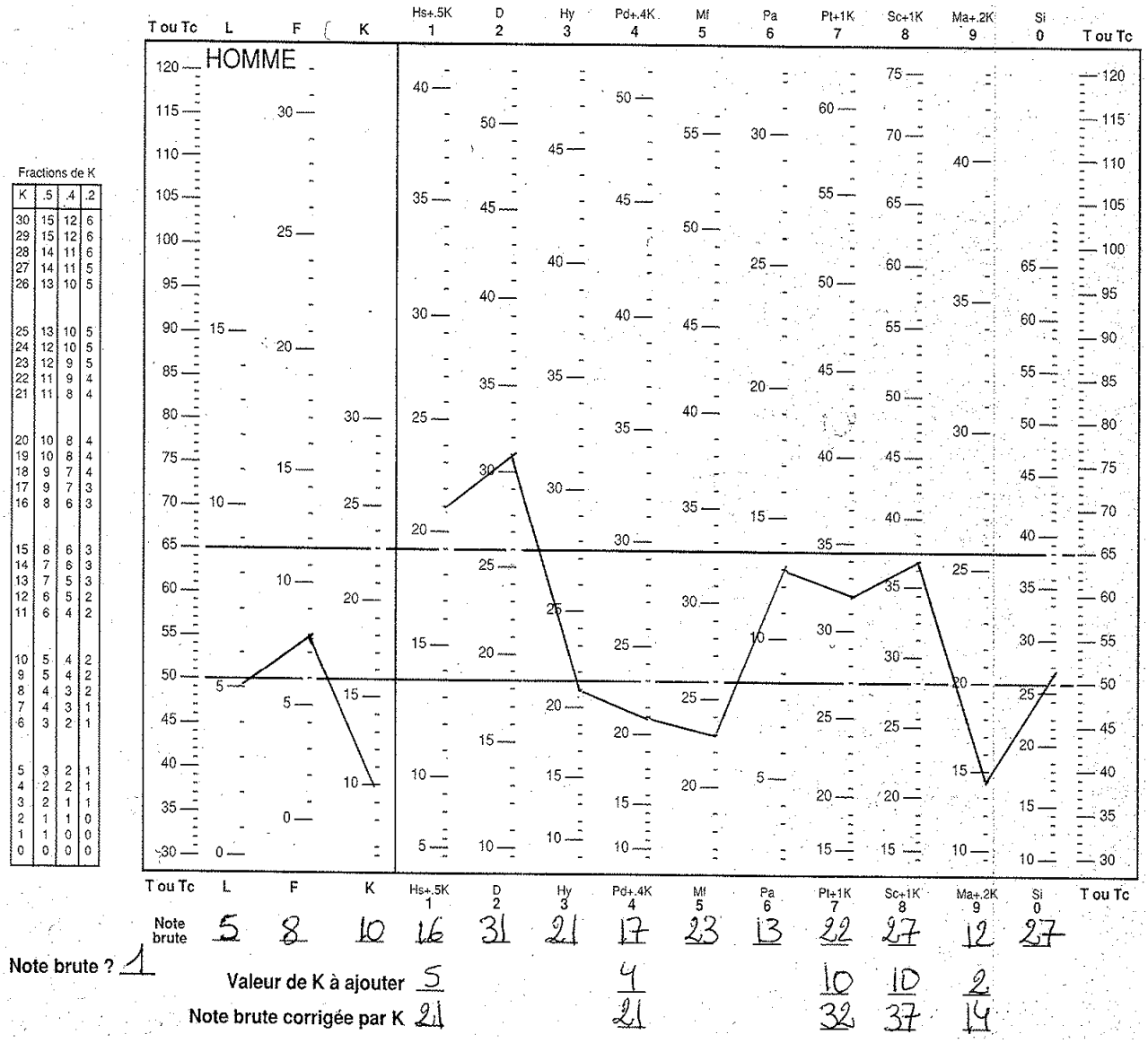
Le protocole MMPI-2 de Monsieur N permet de dégager une moyenne d'élévation du profil de 50.90, signe d'une relative adaptation psychologique.

Le profil de Monsieur N selon les échelles cliniques de base

Le profil concernant les échelles cliniques de base relatif à Monsieur N s'apprécie à la Figure 13. Le code de ce profil est 2'06-1/3857:49#F/L: #K. La dimension dominante de la personnalité de Monsieur N est la dépression, telle qu'appréciée à l'échelle 2 (D), qui se

situe à deux écarts-types au-dessus du mode. Monsieur N est un homme animé par une hyperresponsabilité, accentuée par une exigence extrême envers soi même comme il a pu le dévoiler à travers son histoire et sa course incessante de la promotion au cours de sa carrière professionnelle. Pessimisme et désespoir caractérisent sa dynamique psychologique actuelle. Monsieur N a tendance à se replier sur lui-même. Il se laisse envahir par ses problèmes et a de fortes préoccupations de mort ou d'idées morbides. De plus, Monsieur N est très sensible au rejet d'autrui. Ce qui alimente sans doute sa méfiance lors de premiers contacts sociaux. Il était, est et restera quelqu'un de très travailleur ou investissant des activités caractérisées par une utilité sociale certaine. Ces constats découlent de l'élévation, de pratiquement 1 écart-type au dessus du mode, de sa note T à l'échelle 6 (Pa). Monsieur N révèle également peu d'esprit pratique, une sensibilité forte ainsi que des préoccupations religieuses, relevés à travers sa note T, d'un écart-type environ au-dessus du mode, à l'échelle 8 (Sc). Sa personnalité pessimiste, marquée par un manque de confiance en soi et d'énergie ainsi que la tendance dépressive transparaissent de nouveau à l'échelle 9 (Ma) dont la note T est à plus d'un écart-type en dessous du mode. Par ailleurs, Monsieur N demeure être un homme amical, actif tout en étant quelqu'un de loquace, selon sa note T à l'échelle 0 (Si).

Figure 13. Profil de Monsieur N aux échelles cliniques de base du MMPI-2[28].



L'interprétation approfondie du profil de Monsieur N selon les échelles supplémentaires

Les échelles supplémentaires du protocole de Monsieur N sont représentées à la Figure 14. Dès la première échelle A dont la note T est particulièrement élevée (T_A = 73). La personnalité de Monsieur N semble empreinte de détresse, d'anxiété et d'un malaise

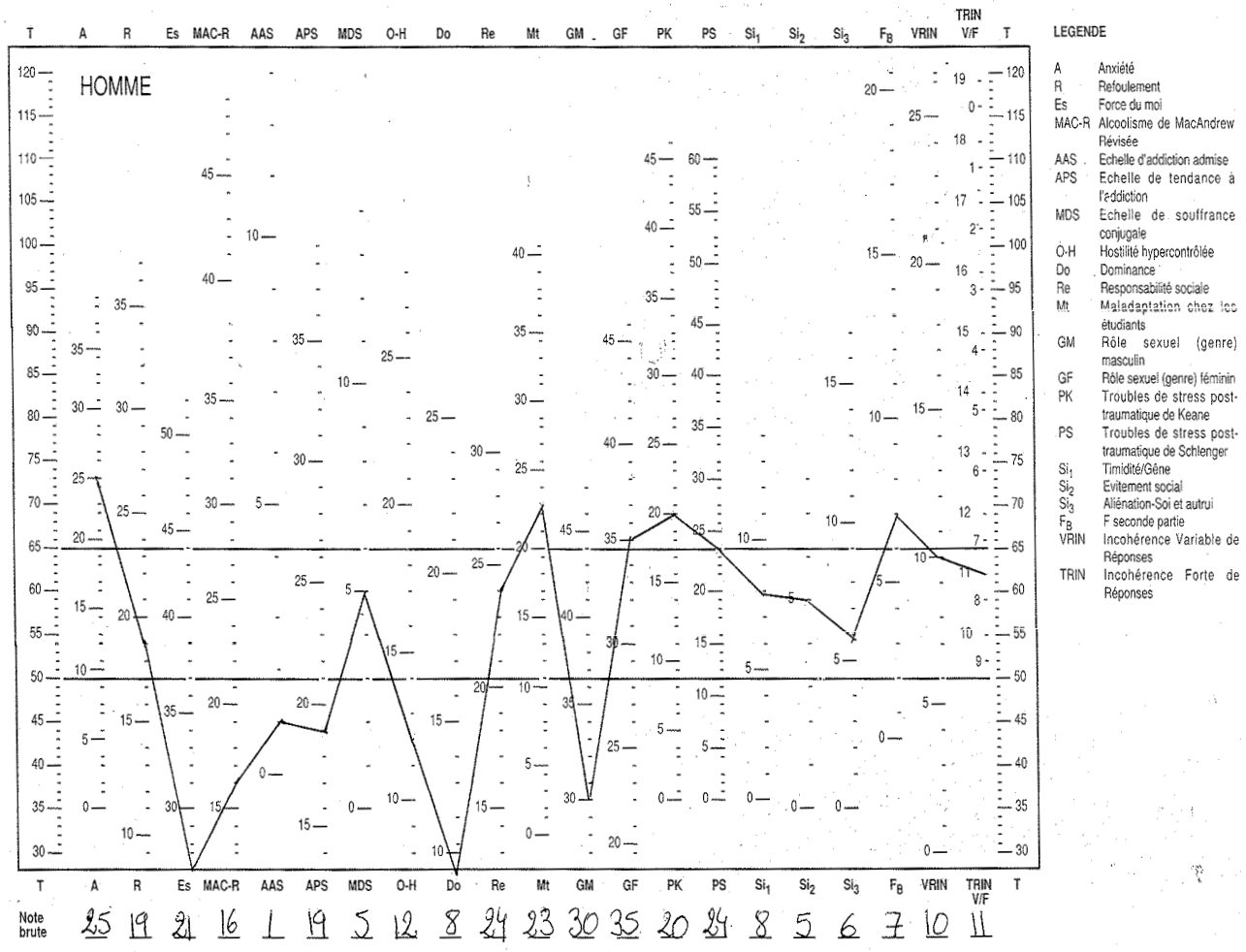
[28] Selon la feuille de profil – Echelles cliniques de base
Translate and adapted by Permission.
Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U. S. A. All rights reserved.
Copyright © 1996 of the French edition by Les Edition du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.

général. Il est particulièrement inhibé et hypercontrôlé, renforçant ce conformisme qui le détermine. L'inhibition chez Monsieur N est caractéristique puisqu'elle se retrouve à l'échelle Es pour laquelle il a obtenu une note T particulièrement faible ($T_{ES} < 30$). Cette inhibition s'accompagne de difficultés à gérer le stress environnant, d'autant que Monsieur N a une piètre image de lui-même qui participe au défaut d'adaptation face à des situations qui lui sont problématiques. Dans ce sens, il peut avoir un manque d'affirmation de soi, de confiance en soi (note T basse à l'échelle GM) et une tendance à se laisser facilement influencer par d'autres personnes (note T à l'échelle Do extrêmement basse, $T_{DO} < 30$). Ces difficultés d'adaptation aux situations et aux problèmes rencontrés peuvent se retrouver à travers sa note T élevé à l'échelle Mt ($T_{Mt} = 70$). De plus, Monsieur N est particulièrement timide et mal à l'aise dans les situations nouvelles (échelle Si_1). Le profil aux échelles supplémentaires révèle également que Monsieur N a rencontré et rencontre encore une souffrance conjugale ($T_{MDS} = 60$) ainsi qu'un état de stress post-traumatique (selon l'échelle PK, $T_{PK} = 69$).

L'interprétation des réponses de Monsieur N aux items clefs

De l'analyse des items clés, il ressort des réponses données au MMPI-2 par Monsieur N une tendance à un état d'anxiété aiguë qui se caractérise par une perte d'appétit, des troubles du sommeil, un sentiment de perte de capacité et de contrôle, une inquiétude accompagnée de pensées négatives et des préoccupations incessantes alimentées par la peur. Les troubles du sommeil rencontrés par Monsieur N semblent être générés par des pensées intrusives et des terreurs nocturnes. A ces tendances s'ajoutent des expressions propres aux idéations suicidaires de type dépressif puisque Monsieur N rend compte d'un état psychologique teinté de tristesse, d'une baisse de l'estime de soi, de la perception d'une perte d'utilité et d'une réflexion sérieuse relative à un passage à l'acte suicidaire.

Figure 14. Profil de Monsieur N aux échelles supplémentaires du MMPI-2[29].



Cette dynamique psychologique s'accompagne également de certaines idées de persécution qui s'apprécient à travers un manque de confiance aux autres, une suspicion quant à la bienveillance que d'autres personnes peuvent lui témoigner ainsi que des croyances d'ordre paranoïaques nourries par la méfiance et par l'idée d'une hostilité des autres à son encontre. Quelques symptômes somatiques semblent émerger à travers une inquiétude relative à sa santé, des douleurs thoraciques, des gênes et des douleurs corporelles, des étourdissements et une fatigue particulière. De plus, les réponses de Monsieur N rendent

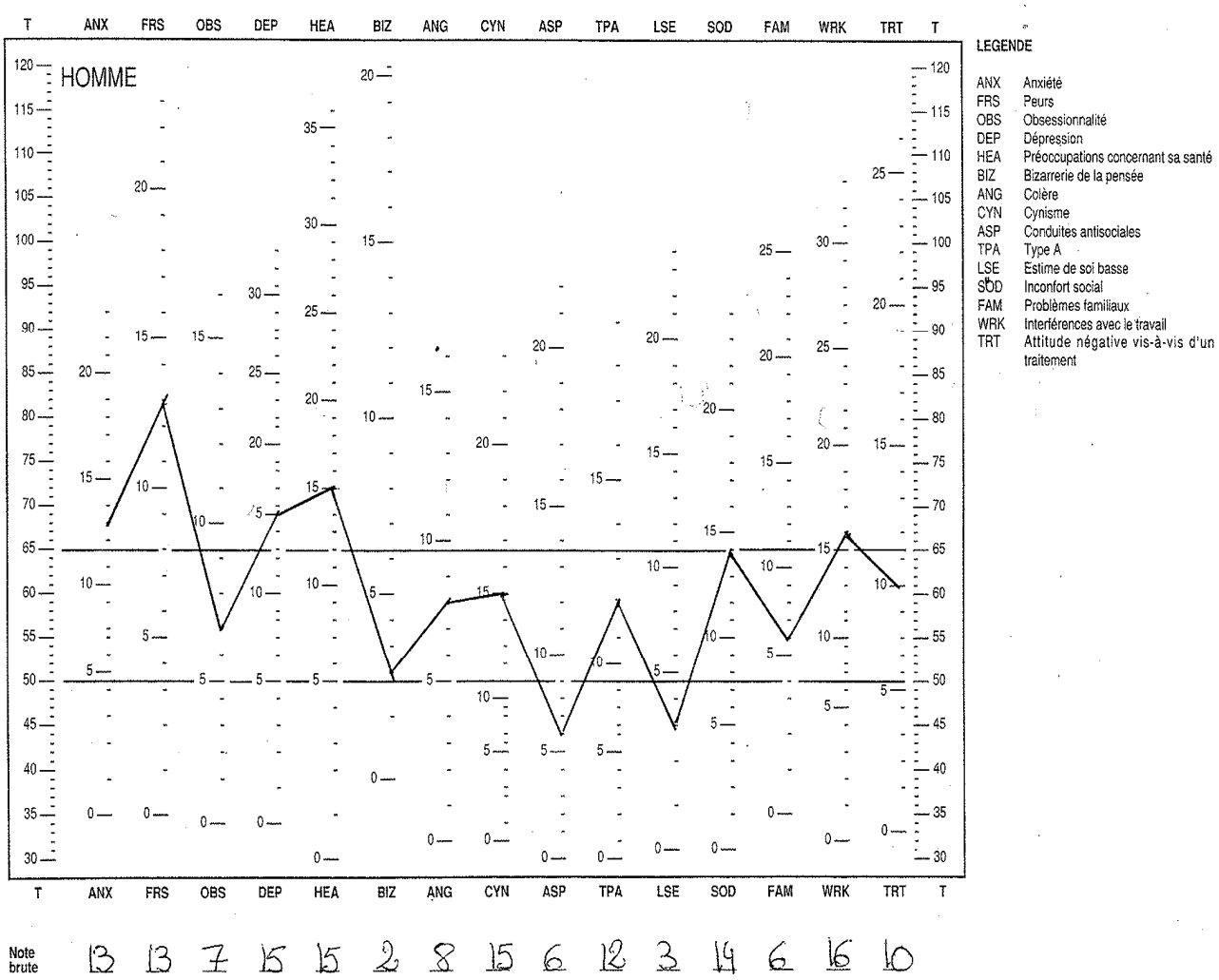
[29] Selon la feuille de profil – Echelles supplémentaires
Translate and adapted by Permission.
Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U. S. A. All rights reserved.
Copyright © 1996 of the French edition by Les Edition du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.

compte de quelques pensées déviantes principalement à travers une fuite de la pensée et un vécu hallucinatoire. Une tendance aux problèmes et déviations sexuels sont à noter car les réponses données par Monsieur N dévoilent une insatisfaction sexuelle, des comportements sexuels déviants et des pensées obsessionnelles à ce sujet.

L'interprétation des notes obtenues aux échelles de contenu selon les réponses de Monsieur N

Selon les pics observés au sein du profil de Monsieur N par rapport aux échelles de contenu (Figure 15), certains aspects de la dynamique psychologique de Monsieur sont confortés. L'anxiété (note T élevée à l'échelle ANX) est une constituante importante chez Monsieur N s'exprimant à travers des tensions, des problèmes somatiques, des troubles du sommeil et des inquiétudes constantes. Les peurs ressenties sont également très présentes ; elles pourraient revêtir l'expression propre à la phobie comme le souligne une note T également élevée à l'échelle FRS. Soulignons également, à travers une note T élevée à l'échelle DEP, que l'état dépressif demeure très présent au fil des différentes indicateurs du MMPI-2 pour Monsieur N ; il se dévoile à nouveau aux échelles de contenus et reprend des caractéristiques trouvées lors de l'analyse des items clés comme le ressenti de tristesse, d'une culpabilité et comme le sentiment que l'aide apportée par les autres est vaine pour lui être salutaire. L'élévation de la note T à l'échelle HEA renforce les préoccupations importantes relatives à sa santé surtout physique. Nous pouvons également noter une interférence du travail, très prégnante dans l'anamnèse de Monsieur N, dans le sens où elle souligne des tensions, des pressions ainsi que des difficultés à prendre des décisions, teintées par un manque de soutien familial lors de choix professionnel pris par le passé (note T élevée à l'échelle WRK).

Figure 15. Profil de Monsieur N aux échelles de contenu du MMPI-2[30].



Conclusions générales quant au profil de personnalité de Monsieur N au MMPI-2

Le profil de Monsieur N révèle un ensemble symptomatologique de l'ordre de la dépression et de l'anxiété qui transpire à travers l'analyse réalisée au MMPI-2. Monsieur N est un homme en proie à la tristesse, à la souffrance, à la dévalorisation de soi qu'il tente de contrôler et d'inhiber autant qu'il le peut. Cependant, les peurs et les angoisses ressenties le dépassent laissant émerger des problèmes somatiques, des pensées intrusives et des

[30] Selon la feuille de profil – Echelles de contenu
Translate and adapted by Permission.
Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U. S. A. All rights reserved.
Copyright © 1996 of the French edition by Les Edition du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.

déviances idéatives qui revêtent des formes morbides comme l'éventualité d'un passage à l'acte suicidaire.

Comparaison des profils de personnalité concernant Madame O et Monsieur N au MMPI-2

Qu'il s'agisse du profil de Madame O ou de Monsieur N, enclins tous deux au TDP, nous relevons un certain nombre de troubles psychologiques. Ces difficultés psychologiques peuvent revêtir les mêmes expressions, et, d'autres fois, laissent entrevoir des intensités différentes ou d'autres troubles plus prégnants comme synthétisés dans le Tableau 10. L'objectif ici étant de dégager des particularités psychopathologiques communes dans l'étude du TDP, nous nous attacherons à dégager les similitudes qui apparaissent dans les profils de ces deux participants.

Tout d'abord, l'une des caractéristiques psychodynamique importantes est l'aménagement d'une psychose autant chez Madame O que chez Monsieur N. Rappelons que les caractéristiques de la psychose sont, entre autres, la perte des limites du moi, une distorsion de la réalité et la tendance paranoïaque qui peuvent engendrer des manies ainsi que des troubles de l'humeur. Les profils du MMPI-2 appuient cette psychopathologie en soulignant les tendances à l'hypocondrie et à la paranoïa qui, chez Monsieur N, semblent davantage préoccupantes puisqu'émerge un état dépressif qui s'exprime fortement à travers son profil.

En approfondissant l'analyse grâce aux échelles supplémentaires, nous notons que l'anxiété et une faible estime de soi sont des caractéristiques communes. Cependant, elles retiennent davantage l'attention chez Monsieur N car il transparait de profonds troubles relatifs à un stress post-traumatique et à une crise identitaire (faiblesse de la dominance qui argue en des difficultés à s'affirmer, et, de la masculinité comme perte de l'identité sexuée).

Tableau 10. Synthèse des profils de Madame O et de Monsieur N au MMPI-2

	Madame O	**Monsieur N**
Indice F-K (sincérité)	satisfaisant	satisfaisant
Indice de Golberg	psychose	psychose
Elévation du profil	relative adaptation psychologique	relative adaptation psychologique
Echelles cliniques de bases (pics)	Hypocondrie Hystérie Paranoïa Hypomanie	Hypocondrie Dépression Paranoïa Schizophrénie
Echelles supplémentaires (pics) **(pics bas)**	Anxiété Dépendance/abus de substance Dominance Maladaptation Féminité Aliénation Force du moi Souffrance conjugale Responsabilité sociale Masculinité Timidité/gêne	Anxiété Souffrance conjugale Maladaptation Féminité Troubles de stress post-traumatique Echelle Fb (difficultés psychologiques) Force du moi Dominance Masculinité
Items clés (prépondérance)	Etat d'anxiété aiguë Menace d'agression Idéation suicidaire de type dépressif Anxiété et tension Perturbation du sommeil Pensées et expériences déviantes Colère problématique Symptômes somatiques Abus de substances Problèmes et déviations sexuels	Etat d'anxiété aiguë Idéation suicidaire de type dépressif Idées de persécution Anxiété et tension Perturbation du sommeil Pensées et expériences déviantes Symptômes somatiques Dépression et inquiétude Problèmes et déviations sexuels
Echelles de contenu (pics élevés)	Peurs Obsessionnalité Colère Type A	Peurs Dépression Préoccupations relatives à la santé Interférence du travail

Note T élevée (> 60)
Note T basse (< 40)

Concernant l'approche des profils de personnalité grâce aux items clefs, Madame O et Monsieur N révèlent tous deux une anxiété aiguë, des idéations suicidaires de type dépressif, des idées de persécution, des perturbations du sommeil, des pensées et expériences déviantes, des symptômes somatiques ainsi que des problèmes et déviations

Les deux profils qui émergent du MMPI-2 soulignent un ensemble de troubles psychopathologiques teintés de souffrance et de détresse psychique. Chacun des participants dévoile des particularités psychiques bien singulières. Pour autant, la convergence de leur profil de personnalité supporte l'impact d'un trouble du deuil persistant sur leur équilibre psychique alors ébranlé.

7.2.3.2. L'étude de cas

Cas de Madame M (annexe C1)

- **L'expression des troubles affectifs et émotionnels**

Dès ses premiers mots, Madame M verbalise une souffrance face à la perte de son fils aîné : plus que la perte de ce fils, c'est la perte d'une famille toute entière, amputée de l'un de ses membres (ligne 12). La souffrance relative à cette perte « totale » est accentuée par un sentiment d'impuissance (lignes 40, 41, 50, 93, 132, 162), d'une vie sans avenir (lignes 57-58) et d'un refus d'acceptation de l'accident, des « mauvais » soins, du décès de son fils et d'une vie de famille qui ne sera plus « comme avant » (lignes 50, 62-65, 67, 82-85, 90-91, 97, 107, 156-159, 242-248). Le discours de Madame M est empreint d'une profonde détresse qui alimente un effondrement dépressif (le discours est sans cesse ponctué de larmes ; la douleur relative au décès de ce fils est encore bien actualisée, cf. lignes 31, 79, 82-83, 96-98, 132-133, 172, 185-192, 203, 266, 268, 296-297). A ces affects, s'ajoutent la peur d'exprimer ce qu'elle ressent aux autres (ligne 136), la culpabilité d'avoir ressenti un soulagement (lignes 94-95, 205), le traumatisme (lignes 127-128), la dévalorisation (lignes 146-147), la colère (lignes 221-222) et l'hébétude éprouvée à la mort de son fils (ligne 175). Lorsqu'elle évoque les derniers moments passés auprès de son fils, Madame M verbalise une « amnésie » de l'évènement (lignes 247-249) alors qu'elle n'a de cesse, tout au long de son discours, de décrire précisément ces six mois « formidablement difficiles » durant lesquels son fils était dans le coma. Madame M tente également de se préserver, par moment, à travers un certain sentiment de détachement (lignes 282-283).

- **L'expression des troubles cognitivo-comportementaux**

Des troubles cognitivo-comportementaux peuvent s'apprécier tout au long du récit de perte réalisé par Madame M. Plus précisément, il y a, par moment, des évitements de la pensée (lignes 35-36) et l'identification d'un trauma causé par un stresseur (lignes 103-105, 174-175). Madame M relate des souvenirs répétitifs et envahissants concernant le décès qui suscite une intense reviviscence de cet évènement (lignes 41 à 51, 53-98, 129-132, 205-251, 255-262, 264-266, 270-280). Madame M verbalise également à quel point ces pensées peuvent être intrusives car ces dernières lui provoquent des troubles du sommeil (lignes125 à 128) encore aujourd'hui, neuf ans après le décès de son fils.

- **L'expression des troubles somatiques**

Peu de troubles somatiques apparaissent dans le récit de Madame M. Par ailleurs, Madame M connaît une altération de son fonctionnement général à travers des troubles du sommeil (lignes 125 à 128) ; altération sur laquelle elle ne s'attarde pas. Elle souligne également combien le décès leurs (à elle et à son mari) avait enlevé toute énergie (lignes 289-295).

- **L'expression des troubles contextuels et sociaux**

Madame M met en avant combien le décès de son fils a changé son regard sur les autres ; ce dernier étant plus dur moins flexible quant aux erreurs que d'autres personnes peuvent commettre (lignes 103-105, 107-112). Elle conserve, cependant, un certain nombre de relations malgré qu'elle se sente, avec son mari, comme « des gens un peu spéciaux » (lignes 136-139, 166-170). Par ailleurs, les relations amicales semblent avoir été bouleversées (lignes 164-166) ainsi que certaines relations familiales (lignes 169-171).

Cas de Madame O (annexe C2)

- **L'expression des troubles affectifs et émotionnels**

Malgré un apparent détachement, Madame O souligne, tour à tour, la souffrance ressentie par rapport à la mort de ses fils et de son mari (lignes 18-23, 34-37, 82-83, 150-152, 164-165, 169-170, 264, 326-327). Le discours de Madame O est ponctué régulièrement par la tristesse (lignes 39, 41-43, 50-51), par un sentiment de culpabilité (lignes 39, 52-54, 78, 309-310, 342-343) et de vide (lignes 51-52), par une non acceptation de l'état de santé et du décès de son mari (lignes 26-29, 92, 311, 313, 325). Madame O révèle également sa

- **L'expression des troubles cognitivo-comportementaux**

Au fil de son récit, il apparaît, à certains moments, une diminution de l'aptitude à penser, à se concentrer ou comme une indécision (lignes 18, 20-21, 22-23, 49-50, 81, 148-150, 177, 256-257), des souvenirs répétitifs et envahissants de l'évènement accompagnés de pensées (lignes 53-54, 82-85), une réviviscence de l'évènement (lignes 85-92, 277-278, 290-313) ainsi qu'un certain évitement de pensées (lignes 82-85, 100-102, 165-166) et d'activités (lignes 95-96). Le discours de Madame O souligne également une tendance à la rumination (lignes 26-28, 123-124, 336-339).

- **L'expression des troubles somatiques**

Madame O exprime régulièrement les troubles physiques qu'elle rencontre, que se soit de l'ordre de la douleur, de la gêne, etc. Ces derniers sont très présents dans son discours : il peut s'agir autant d'altération de fonctionnement, de prise de poids, et, de maladies diverses (lignes 67, 157-163, 180-186, 196-207, 328-331). Ce corps qui s'exprime lui permet d'être cette enveloppe parfois protectrice qui vient lui signifier qu'elle existe. Madame O utilise à plusieurs reprises cette expression qui lui semble chère : « A mon corps défendant !».

- **L'expression des troubles contextuels et sociaux**

Malgré le soutien ressenti par Madame O de la part de ses amis au moment du décès de son mari (lignes 31-34), la présence de ses frères et sœurs (lignes 31, 61-73), et, la retraite confortable qu'elle a (lignes 79-80), rien n'est plus pareil pour Madame O car elle se sent seule (lignes 19, 79-82). Madame O précise qu'elle possède de nombreuses connaissances mais peu d'amis et peu de confidents. Elle a besoin que dans ses relations amicales soit « joint » son mari, autrement elle ne pourra pas pleinement construire une relation amicale sans qu'une tierce personne sache qui était son mari (lignes 217-218, 242-244, 262-264). De plus, elle adopte un comportement d'évitement à rester seule chez elle (lignes 95-96). Elle personnifie son ordinateur en l'évoquant comme « un bon compagnon » (ligne 112). Madame O souligne également les conflits rencontrés avec certaines personnes ; conflits ou détériorations des relations amicales (lignes 126-127, 138-140, 254-256, 265-280).

Cas de Monsieur N (annexe C3)

- **L'expression des troubles affectifs et émotionnels**

Monsieur N verbalise peu les ressentis qu'il éprouve au regard de son histoire de pertes. De son récit de vie, plus que le décès de sa femme (pour lequel nous avions l'entretien), c'est également la reviviscence du décès de son fils qui semble réapparaitre. Le décès de son épouse semble être la perte qui vient réactiver celle survenue dans le passé. Malgré une certaine restriction dans ses affects, il apparaît une souffrance palpable (lignes 47-49, 95-104, 145), une profonde détresse (lignes 48-49, 106, 139, 146, 151), un sentiment de dévalorisation (lignes 76, 132-133) et de culpabilité (lignes 90, 92, 95), une hébétude (lignes 60-61) et une non acceptation du décès (lignes 69). A la lumière de son vécu, Monsieur N verbalise ses peurs (lignes 109-111) ainsi que son sentiment d'impuissance (lignes 25, 48-49, 89, 126-127) qui est très présent. Le décès de sa femme semble être révélateur de détresse psychologique et d'angoisse chez Monsieur N.

- **L'expression des troubles cognitivo-comportementaux**

Monsieur N met en avant, à travers son discours, des réviviscences autour du décès (lignes 6 à 67, 104, 148-153), accompagnées de difficultés à penser, à se concentrer ou exprimant une indécision (lignes 5, 72, 89-92, 113-115). S'ajoute une tendance à la rumination ainsi qu'à l'évocation de souvenirs répétitifs et envahissants autour du décès de son épouse (lignes 69-75, 96-97, 101, 130-136) et des passages durant lesquels Monsieur N semble éviter certaines pensées (lignes 85-87, 91-92, 101). Il souligne combien il est important pour lui d'avoir un traitement pour pallier à ses troubles du sommeil (lignes 112-117) qui paraissent être en lien avec le trauma causé par les circonstances du décès de sa femme (lignes 48-50, 118).

- **L'expression des troubles somatiques**

Monsieur N évoque des altérations du fonctionnement à travers ses problèmes cardiaques (lignes 106-112) et ses difficultés à trouver le sommeil (lignes 112-117) qui sont fortement en lien avec des problèmes de santé que présentaient sa femme (ligne 106) et avec le traumatisme causé par les circonstances de son décès (ligne 117-118). De plus, Monsieur N insiste sur un profond changement de ses habitudes alimentaires, totalement bouleversées depuis la perte de son épouse (lignes 118-127).

- **L'expression des troubles contextuels et sociaux**

Bien qu'il bénéficie du support très important de ses enfants (lignes 137-143), Monsieur N souligne son isolement à travers la perte de tous les amis qu'il avait lorsque sa femme était encore en vie (lignes 130, 149-153). Cet état de fait le touche profondément (lignes 132-135). Par ailleurs, Monsieur N ne cesse de s'investir dans de nombreuses activités qui lui permettent de pallier, d'une certaine manière, à la souffrance ressentie (lignes 63-64).

Mises en perspective des trois études de cas concernant l'expression des quatre composantes postulées lors d'un TDP

L'étude des trois cas, à travers le récit de vie autour de la perte, a permis de mettre en exergue la présence simultanée de quatre types de troubles : des troubles affectifs et émotionnels, des troubles cognitivo-comportementaux, des troubles somatiques ainsi que des troubles contextuels et sociaux. Bien sûr l'expression et l'exhaustivité de ces troubles varient selon le vécu propre de chaque participant, il n'en demeure pas moins qu'ils apportent tous les preuves d'une véritable souffrance du vécu de perte qui nourrit le développement du TDP.

7.3. Conclusions et discussions : quand les maux/mots viennent signifier le ressenti de la perte chez la personne âgée

L'objectif de cette troisième et dernière étude était, à travers une méthodologie qualitative, de rendre compte, d'une part, d'un profil psychopathologique type de la personnalité dans le contexte du TDP, et, d'autres part, de conforter la coexistence de quatre grands troubles vécus et ressentis par chacun de nos participants enclins au TDP. Le choix de cette démarche qualitative était d'établir une approche globale du TDP par l'entremise d'un diagnostic de la personnalité psychopathologique et d'entretiens de recherches permettant une étude de cas rigoureuse, venant compléter l'approche quantitative précédente. L'enjeu étant de comprendre les troubles psychopathologiques que peuvent développer les personnes âgées face à la souffrance du deuil pour ainsi permettre de développer des moyens de prévention. Et, ce, d'autant plus dans un contexte, comme le

souligne Rigaud, Latour, Lenoir et leurs collaborateurs (2005), où plus de la moitié des personnes de 65 ans et plus auraient tendance à développer un trouble psychiatrique.

Attelons-nous, dès à présent, à reprendre les principaux résultats obtenus. Tout d'abord, l'analyse des profils du MMPI-2 a montré la présence d'un aménagement propre à la psychose pour deux de nos participants. Cet aménagement se rencontre particulièrement chez des individus d'un âge avancé (Rigaud, Latour, Lenoir et *al.*, 2005). Dans un contexte traumatique, il peut être davantage révélateur d'un trouble de l'humeur bipolaire (Egger, Delsing, Hubert & De Mey, 2003) qui s'accompagne souvent de troubles du sommeil. Il n'est pas rare de trouver chez la personne âgée qui connait la douleur de la perte des expressions hypocondriaques, lorsqu'elle est en proie à la souffrance. En effet, l'hypocondrie est une plainte somatoforme en lien avec d'autres troubles psychiatriques tels que l'anxiété et la dépression, causées, entre autre, par des difficultés d'ordre psychologique (Bound, 2006). L'abus de substance, ou encore la dépendance telle qu'elle a pu être approchée à travers le TCI-R dans l'étude précédente, peut être un comportement renforcé par le vécu d'une souffrance intense (Zuckoff, Shear, Frank et *al.*, 2006). Dans une dynamique dépressive et de profonde détresse, il n'est pas surprenant de trouver que les personnes enclines au TDP dévoilent une faible estime d'elles-mêmes (McMullin & Cairney, 2004), confortée par un ressenti de peur. D'autant plus que la peur apparaît comme une réponse caractéristique de l'individu face à des situations anxiogènes dans un contexte de douleur chronique (Esteve & Camacho, 2008).

L'approche narrative du TDP a permis de mettre en exergue la présence des quatre types de troubles psychologiques qui se développent spécifiquement lors du vécu d'un deuil traumatique (Stroebe et *al.*, 2001). Comme postulé par de nombreuses recherches (Prigerson et *al.*, 2009 ; Lichtenthal, Cruess et Prigerson, 2004 ; Prigerson et *al.*, 1995), la personne âgée est en proie à une profonde détresse se traduisant par des affects aussi nombreux que variés comme la culpabilité, la dévalorisation, la dépression, l'hébétude, et bien d'autres encore. A cette douleur psychologique s'apparie tout un ensemble des troubles cognitifs et comportementaux qui ont d'importants impacts sur la manière de penser de l'individu jusqu'à développer des schémas mentaux peu efficients dans l'adaptation psychologique face au deuil (Prigerson et *al.*, 2009 ; Lichtenthal, Cruess et Prigerson, 2004 ; Prigerson et *al.*, 1995). Ces ensembles de troubles ne peuvent, à la longue, qu'avoir des répercussions sur la santé physique de l'endeuillé : les troubles du sommeil, la

douleur généralisée à tout le corps, les troubles alimentaires en sont quelques exemples (Prigerson et *al.*, 2009 ; Lichtenthal, Cruess et Prigerson, 2004 ; Prigerson et *al.*, 1995). Si l'Etre tout entier est touché par la douleur de la perte, ceci ne peut qu'engendrer des dysfonctionnements dans les domaines occupationnels et de la sphère sociale : il existe une recherche incessante de fuir la douleur dans l'hyperactivité, et, paradoxalement, un sentiment d'isolement profond car nul ne peut partager cette peine intense ou remplacer l'être aimé perdu (Prigerson et *al.*, 1995). A travers ces expressions de la perte douloureuse, nous pouvons apercevoir l'inachèvement d'un travail de deuil, bloqué par des affects particulièrement intenses.

Nous avons pu, à travers cette étude qui se voulait avant tout qualitative, dégager un profil de personnalité psychopathologique dans le cadre du TDP, et, renforcer les critères diagnostic du TDP. Par ailleurs, notre étude comporte un certain nombre de limites qu'il est important de souligner.

Une des principales limites, et non des moindres, est l'étroitesse de notre échantillon pour cette étude. Malgré les investigations réalisées, il est très difficile d'obtenir des réponses favorables de la part de personnes vivant une profonde souffrance. Même si elles ont répondu de manière favorable au lourd protocole de questionnaires et d'inventaires que nous leurs avons proposés, un entretien duel leur semblait pour certaines impossible, ne se sentant pas prête à partager « l'intimité » de leur peine.

Une seconde limite réside en l'utilisation et en l'analyse du MMPI-2. Bien qu'il soit un outil diagnostic de la personnalité fort intéressant et riche dans ce qu'il permet d'appréhender, il demande, par ailleurs, sa lourdeur avec ses 567 items qui peuvent en décourager plus d'un (encore plus, lorsque ce répondant est accablé par la souffrance qu'il vit face à la perte d'un être cher), nous incite à s'interroger sur la fiabilité de ses résultats.

Enfin, la méthode qualitative, tout comme la méthode quantitative, possède bon nombre avantages mais également des inconvénients. Alors qu'elle est une méthode permettant d'appréhender les phénomènes psychologiques de manière beaucoup plus fine et singulière, elle manque de cadres formalisés permettant d'asseoir sa pertinence, sa scientificité et sa réfutabilité. Malgré notre volonté de rigueur quant à l'utilisation de cette méthode, il n'en demeure pas moins que notre démarche dans l'élaboration du corpus concernant le TDP et de la grille d'entretien semi-directif est hautement critiquable car, d'une part, elle se base sur un ensemble de tableaux cliniques relatifs à l'épisode dépressif

majeur et au trouble du syndrome de stress post-traumatique alors que nous nous sommes efforcés à les distinguer les uns des autres, d'autre part, l'analyse qualitative est sujette à l'interprétation subjective du chercheur, en cela, elle introduit des biais dans la mise en perspective des résultats.

Conclusions générales

Comme tout travail de recherche, cette thèse comporte un certain nombre de limites. Une des principales difficultés, lorsque nous nous intéressons à la psychopathologie quantitative, est d'obtenir des échantillons suffisants. Une telle exigence est souvent difficilement conciliable avec la réalité d'une clinique où la souffrance n'a de pendant que le chagrin. Nul ne doit sacrifier la décence et l'éthique de la recherche sur l'autel d'une quelconque course aux effectifs. Ainsi, nos résultats demandent à être considérés avec prudence et précaution. D'autres recherches viendront, osons-nous l'espérer, les conforter, contribuant ainsi à la construction par petites touches des connaissances scientifiques. D'ailleurs, bien qu'elles soient considérées comme une avancée statistique considérable au service des études portant sur de petits échantillons, les techniques de Bootstrap que nous avons utilisées ne doivent ni ne peuvent se substituer aux études de contre-validation. En outre, et comme nous l'avons souligné précédemment, nos résultats valent ce que valent les instruments de mesure utilisés pour les obtenir. Est-il encore nécessaire d'insister sur les limites des mesures des construits psychologiques. Enfin, il convient de souligner les limites inhérentes à la méthode qualitative désormais connues telles que le manque de formalisme dans sa démarche et l'incidence de la subjectivité du chercheur dans l'interprétation des résultats.

L'objet de cette thèse, rappelons-le, était à son début le deuil et ses complications pour aboutir de fils en aiguille à l'étude du trouble du deuil persistant, son diagnostic et ses liens avec les aspects constitutifs de la personnalité. Nous sentions depuis plusieurs mois un mouvement scientifique émerger et dont l'aboutissement était l'appel des 19 spécialistes de la psychologie et psychopathologie du deuil (Prigerson et al. 2009) proposant des critères diagnostics dûment validés d'un nouveau syndrome appelé «Trouble du deuil persistant » (*Prolonged Grief Disorder*) en vue de son inclusion dans les prochaines versions mises à jour du DSM (DSM-V) et de la CIM (CIM-11). Il n'était pas possible pour nous de ne pas s'associer à un tel mouvement et même s'y inscrire. Cette thèse est une contribution modeste à ce mouvement scientifique et clinique, et, surtout, une expression de reconnaissance et de gratitude à ces chercheurs (dont Prigerson, Neimeyer, Bonanno, Stroebe, etc.) dont la disponibilité avait précieusement accompagné notre travail. Quelle chance que de pouvoir

prendre le train de la science en marche. Nous espérons ne pas les décevoir. Voyons maintenant les principaux résultats obtenus dans le cadre de cette thèse.

Tout d'abord, l'adaptation et validation d'une version française de *l'Inventory of Complicated Grief-R*evised (Prigerson et *al.*, 2004) risque de s'imposer à l'avenir comme l'unique outil diagnostic du Trouble du Deuil Persistant. Notre validation a permis de révéler des qualités psychométriques robustes de cette échelle. En effet, sa stabilité temporelle, la fiabilité de ses scores, sa validité de structure, sa validité de construit ainsi que sa validité prédictive se sont révélées être de très bonne facture. Il s'agit de la première adaptation en français de cet outil dont aura besoin, à n'en pas douter, la psychologie et la psychopathologie du deuil. Il convient toutefois de rappeler que comme la validité d'une échelle (ou plus exactement de ses mesures) est toujours provisoire car le processus de validation s'annonce souvent comme une entreprise perpétuelle, l'Inventaire du Deuil Persistant, n'y échappera pas, et c'est du reste ce que l'on peut lui souhaiter. Aussi, il est loisible de croire que cette version française concourrait au développement d'une recherche francophone sur le deuil et ses complications.

La psychopathologie quantitative a besoin d'outils de qualité aussi bien pour la pratique clinique que pour la recherche. Nous l'écrivions un peu plus haut, les résultats d'une recherche valent ce que valent les outils utilisés pour les obtenir. Tester des modèles explicatifs passe souvent par l'utilisation de mesures. Représentation plutôt simplifiée de la réalité, un modèle désigne un système hypothétique dans lequel un ensemble de phénomènes entretiennent entre eux des relations diverses. On est résolument dans une démarche hypothético-déductive et confirmatoire : le modèle d'abord spécifié ensuite éprouvé. Un outil statistique comme la modélisation par équations structurales (dont l'analyse en pistes causales) est au service de cette démarche. Passer du descriptif à l'explicatif était le second objectif de notre thèse. Cet objectif nous a conduits à nous interroger sur les effets (directs et indirects) de la personnalité telle que définie par le modèle biopsychosocial de la personnalité de Cloninger (1993, 1994) sur le trouble du deuil persistant. Nous pouvons dire sans risque de se tromper que c'est la première recherche qui tente d'étudier un tel lien. Elle a permis d'étayer les rôles directs des tempéraments de recherche de nouveauté et de persistance, du caractère de coopération, des évènements de vie positifs ainsi que de l'âge et du lien de parenté du défunt. Des rôles indirects des tempéraments d'évitement du danger et de dépendance à la récompense ainsi que du

caractère d'auto-détermination ont également émergé. Enfin, les effets médiateurs du sentiment de cohérence et des mécanismes de défense immature ont dévoilé leurs rôles dans le développement d'une psychopathologie relative au deuil. S'ajoute la confirmation qu'elle a pu apporter concernant les spécificités contextuelles et factuelles (l'âge du défunt, le degré de parenté et la nature des évènements de vie vécus) comme constituants supplémentaires en matière de facteurs de risque à caractère morbide pour la santé psychique de la personne âgée (Prigerson et *al*., 2009).

C'est pour éviter l'assimilation, parfois justifiée, des méthodes quantitatives au fait de vouloir concevoir les phénomènes psychologiques comme des systèmes entièrement modélisables et mathématiques que nous avons jugé nécessaire de recourir à une étude qualitative du trouble du deuil persistant. Il s'agit aussi d'une exigence scientifique et non d'un éclectisme de mauvais aloi. La douleur et le chagrin ne sont guère réductibles aux équations mathématiques. Soyons clairs toutefois, mettre des mots sur nos maux, n'est pas un exercice aisé. Il en est de même pour notre faculté d'introspection. Notre approche qualitative « armée » a montré au niveau des résultats toute sa complémentarité avec l'approche quantitative. En effet, un profil psychopathologique type de la personnalité dans le contexte du TDP a été dégagé par l'entremise d'un outil psychométrique fort utilisé en psychiatrie, à savoir, le MMPI-2 (Rigaud, Latour, Lenoir et *al.*, 2005). Le TDP révèlerait un aménagement psychique davantage de l'ordre de la psychose, trouble pathologique de la personnalité dont les expressions comme les troubles thymiques, somatiques, anxieux, dépressifs en sont des possibles. De plus, à travers une étude de cas, la coexistence de quatre grands troubles (affectifs et émotionnels, cognitivo-comportementaux, somatiques, contextuels et sociaux) vécus et ressentis par chacun de nos participants enclins au TDP a pu être confirmée telle que postulée au sein de la littérature scientifique du deuil (Stroebe et *al.*, 2001).

Nous nous sommes efforcés de rejoindre une approche globale du phénomène que recouvre le trouble du deuil persistant. Après l'appel lancé par bon nombre de chercheurs anglo-saxons (Prigerson et *al.*, 2009), il devenait urgent d'accentuer l'importance et l'enjeu que dévoile cette pathologie du deuil, d'autant plus auprès d'une population fragilisée qu'est celle des personnes âgées. Alors que les débats sont ouverts quant à l'élaboration du futur *DSM*, s'annonce un véritable tournant quant à la seule légitimité de tableaux cliniques descriptifs en matière de pathologies psychiatriques. Il existe une véritable nécessité de

développer des modèles explicatifs pour alimenter la pertinence des connaissances en psychopathologies (Krueger & Marcon, 2006). Plus qu'en enjeu scientifique, ce travail de recherche a tenté d'apporter sa pierre en matière de compréhension du TDP afin d'alimenter des moyens de pratiques cliniques ciblées et spécifiques à la problématiques du deuil. Nous espérons ainsi avoir contribué, modestement, à la connaissance du deuil et de son pouvoir pathologisant.

Références Bibliographiques

Abrams, R.C., Young, R. C., Alexopoulos, G. S., & Holt, J. H. (1991). Neuroticism may be associated with history of depression in the elderly. *International Journal of Geriatric and Psychiatry*, *6*, 483–488.

Akiskal, H. S., & Akiskal, K. K. (2007). In search of Aristotle: Temperament, human nature, melancholia, creativity and eminence. *Journal of Affective Disorders*, *100*, 1-6.

Alden, D., Austin, C. N., & Sturgeon, R. (1989). A correlation between the Geriatric Depression Scale long and short forms. *Journal of Gerontology*, *44*, 124-125.

Aldrich, C. K. (1974). Some dynamics of anticipatory grief. In B. Schoenberg, A. C. Carr, D. Peretz, & A. H. Kutscher (Eds), *Anticipatory Grief*. (pp. 3-13). New York: Columbia University Press.

Alea, N., & Bluck, S. (2003). Why are you telling me that? A conceptual model of the social function of autobiographical memory. *Memory, 11,* 165–178.

Allen, J., & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. In J. Cassidy, & P. Shaver (Eds), *Handbook of attachment: Research, theory, & clinical applications*. (pp. 319–335). New York: The Guilford Press.

Ando, J., Suzuki, A., Yamagata, S., Kijima, N., Maekawa, H., Ono, Y., & Jang, K. (2004). Genetic and environmental structure of Cloninger's temperament and character dimensions. *Journal of Personality Disorders, 18,* 379–393.

Ando, J., Ono, Y., Yoshimura, K., Onoda, N., Shinohara, M., Kanba, S., & al. (2002). The genetic structure of Cloninger's seven-factor model of temperament and character in a Japanese sample. *Journal of Personality*, *70*, 583-609.

Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The defense Style Questionnaire. *Journal Nervous Mental Disorder*, *181*, 246-256.

Aneshensel, C. S. (1992). Social stress: Theory and research. *Annual Review of Sociology*, *18*, 15–38.

Antonovsky, A. (1996). The sense of coherence. An historical and future perspective. *Israel Journal of medical Sciences*, *32*, 170-178.

Antonovsky, A. (1993). The structure properties of the Sense Of Coherence Scale. *Social Science and Medicine*, *36*, 725-733.

Antonovsky, A. (1992). Can attitudes contribute to health? Advances. *The Journal of Mind-Body Health*, *8*, 33–49.

Antonovsky, A. (1991). The structural sources of salutogenic strengths. In C. L. Cooper, & R. Payne (Eds.), *Personality and stress: Individual differences in the stress process*. (pp. 67–104). New York: John Wiley & Sons.

Antonucci, T. C. (2001). Social relations: An examination of social networks, social support, and sense of control. In J.E. Birren (Ed.), *Handbook of the psychology of aging* (5th ed.). (pp. 427–453). San Diego, CA: Academic Press.

Antonucci, T. C., Akiyama, H., & Lansford, J. E. (1998). Negative effects of close social relations. *Family Relations*, *47*, 379–384.

Arbuckle, J., & Wothke, W. (2009). *AMOS 18 user's guide*. Chicago, IL: Smallwaters Corporation.

Armsden, G. C., McCauley, E., Greenberg, M. T., Burke, P., & Mitchell, J. (1991). Parent and peer attachment in early adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *18*, 683-697.

Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Relationships to well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 12*(5), 373-386.

Atchley, R. C. (1972). *The social forces in the later life.* Belmont: Wadsworth Publishing.

Atger, F., Corcos, M., Perdereau, F., & Jeammet, P. (2003). Attachement et conduites addictives. *Annale de Médecine Interne*, *152* (3), 67-72.

Bacqué, M.-F. (1997). *Deuil et santé*. Paris: Odile Jacob.

Bacqué, M.-F., & Hanus, M. (2003). *Le deuil*. 3ème édition, Collection "Que sais-je?". Paris: PUF.

Bacqué, M.-F., & Hanus, M. (2001). *Le deuil*. Paris: PUF.

Baddeley, J. L., & Singer, J. A. (2009). A Social Interactional Model of Bereavement Narrative Disclosure. *Review of General Psychology*, *13*(3), 202–218.

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (Eds.)(1990). *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge: CUP.

Bandura, A. (1983). Psychological mechanisms of aggression. In R. G. Geen, & E. I. Donnerstein (Eds.), *Aggression. Theoretical and empirical review*. (Volume I, pp.1-40). New York: Academic Press.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1173-1182.

Barrett, T. W., & Scott, T. B. (1989). Development of the Grief Experience Questionnaire. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *19*(2), 201-215.

Barry, L. C., Kasl, S. V., & Prigerson, H. G. (2002). Psychiatric disorders among bereaved persons: The role of perceived circumstances of death and preparedness for death. *Journal of Geriatric Psychiatry*, *10*(4), 447-457.

Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: an attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, *7*, 147-178.

Bauer, J., & Bonanno, G. A. (2001a). Continuity and discontinuity: bridging one's past and present in stories of conjugal bereavement. *Narrative Inquiry*, *11*, 1-36.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory*, 2. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, A.T., & Steer, R.A. (1993). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beechem, M. H. (1996). Loss-grief addiction model. *Journal of Drug Education*, *26*(2), 183-198.

Belitsky, R., & Jacobs, S. (1986). Bereavement, attachment theory, and mental disorders. *Psychiatric Annals*, *16*, 276-280.

Ben-David, A., & Leichtentritt, R. (1999). Ethiopian and Israeli students' adjustment to college: The effect of the family, social support and individual coping styles. *Journal of Comparative Family Studies*, *30*, 297–313.

Benezech, J.-P. (2005). Stades du deuil et douleurs chroniques, *Douleurs*, *6*(5), 278-283.

Benkel, I., Wijk, H., & Molander, U. (2009). Family and friends provide most social support for the bereaved. Palliative Medicine, *23*, 141-149.

Bennett, K. M. (2008). Widowhood. In D. S. Carr (Ed), *Encyclopedia of the Lifecourse and Human Development*. (p. 438-444). Farmington Hills, MI: Gale.

Bennett, K. M. (2007). “No Sissy Stuff”: Towards a theory of masculinity and emotional expression in older widowed men. *Journal of Aging Studies*, *21*(4), 347-356.

Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, *107*, 238-246.

Bergeret J. (1996). *La personnalité normale et pathologique*. (3ème édition). Paris: Dunod.

Bergeret, J. (1982). *La deuxième crise de l’adolescence. Sénescence et crise d’identité.* Lyon : Chroniques Sociales.

Bergh, H., Baigi, A., Fridlund, B., & Marklund, B. (2006). Life events, social supports and sense of coherence among frequent attenders in primary health care. *Public Health*, *120*, 229-236.

Bernier, J.-J., & Pietrulewicz, B. (1997). *La Psychométrie: Traité de Mesure Appliquée*. Montréal, Canada : Gaêtan Morin Editeur ltée.

Berstein, J., & Carmel, S. (1987). Trait anxiety and the sense of coherence. *Psychological Reports*, *60*, 1000.

Besser, A., Neria, Y., & Haynes, M. (2009 *in press*). Adult attachment, perceived stress, and PTSD among civilians exposed to ongoing terrorist attacks in Southern Israel. *Personality and Individual Differences*.

Besser, A., & Priel, B. (2008). Attachment, depression, and fear of death in older adults: The roles of neediness and perceived availability of social support. *Personality and Individual Differences*, *44*, 1711-1725.

Bieliauskas, L. A., Counte, M. A. & Glandon, G. L. (1995). Inventory Stressing Life Events as related to health change in the elderly. *Stress Medicine*, *11*, 93-103.

Blaya, C., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., Ceitlin, L. H., Bond, M., & Manfro, G. G. (2004). Brazilian-Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure: a preliminary study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *26*(4), 1590-1600.

Bloom, J. R., Stewart, S. L., Johnston, M., Banks, P., & Fobair, P. (2001). Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social Science and Medicine*, *53*, 1513–1524.

Bluck, S., & Alea, N. (2002). Exploring the functions of autobiographical memory: Why do I remember the autumn? In J. D. Webster & B. K. Haight (eds.), *Critical Advances in reminiscence Work : From Theory to application*. NY : Springer.

Boals, A., & Schuettler, D. (2009). PTSD symptoms in response to traumatic and non-traumatic events: The role of respondent perception and A2 criterion. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*, 458-462.

Boaz, R.F., & Hu, J. (1997). Determining the amount of help used by disabled elderly persons at home: The role of coping resources. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, *52*, 317–324.

Bock, E. W., & Webber, I. L. (1972). Suicide among the elderly: isolating widowhood and mitigating alternatives. *Journal of Marriage and the Family*, *34*, 24-31.

Boelen, P. A. (2009). The centrality of a loss and its role in emotional problems among bereaved people. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 616-622.

Boelen, P. A. (2005). Complicated grief: Assessment, theory, and treatment. Enscede/Amsterdam: Ipskamp.

Boelen, P.A., & Van Den Bout, J. (2008). Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs. *Psychiatry Research*, *157*(1-3), 311-314.

Boelen, P. A., van de Hout, M. A., van de Hout, J. (2008). The factor structure of posttraumatic stress disorder symptoms among bereaved individuals: A confirmatory factor analysis study. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*, 1377-1383.

Boelen, P. A., & Van Den Bout, J. (2007). Examination of proposed criteria for complicated grief in people confronted with violent or non-violent loss. *Death Studies*, *31*(2), 155-164.

Boelen, P.A., Van den Bout, J., & Van den Hout, M. A. (2006). Negative cognitions and avoidance in emotional problems after bereavement: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(11), 1657-1672.

Boelen, P. A., & Van Den Bout, J. (2005). Complicated grief, depression, and anxiety as distinct post loss syndromes: A confirmatory factor analysis study. *American Journal of Psychiatry*, *162*(11), 2175-2177.

Boelen, P. A., Van den Bout, J., & Keijser, J. (2003). Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study with bereaved mental health care patients. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 1229-1241.

Boerner, K., Wortman, C. B., & Bonanno, G. A. (2005). Resilient or at risk? A four-year study of older adults who initially showed high or low distress following conjugal loss. *Journal of Gerontology: Psychological Science*, *60B*, 67-73.

Bolger, N., & Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*, 890–902.

Bollen, K.A. (1990). Overall fit in covariance structure models: Two types of sample size effects. *Psychological Bulletin*, *107*(2), 256-259.

Bonanno, G. A. (2006). Is complicated grief a valid construct? *Clinical Psychology: Science and Practice*, *13*(2), 129-134.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist*, *59*(1), 20-28.

Bonanno, G. A. (2001b). Grief and emotion: comparing the grief work and social-functional perspectives. In M. Stroebe, W. Stroebe, R. O. Hansson, & H. Schut (Eds.), *New Handbook of Bereavement: Consciousness, Coping, and Care*. (pp. 493-516). Washington, DC: American Psychological Association.

Bonanno, G. A. (2001a). The crucial importance of empirical evidence in the development of bereavement theory: Reply to Archer (2001). *Psychological Bulletin*, *127*(4), 561-564.

Bonanno, G.A. (1999). Factors associated with effective loss accommodation. In Ch. R. Figley (Ed.), *Traumatology of grieving. Conceptual, Theoretical, and treatment foundations*. (pp.37-52). Philadelphia: Brunner-Mazel.

Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (1999). Toward an Integrative Perspective on Bereavement. *Psychological Bulletin*, *125*(6), 760-776.

Bonanno, G. A. (1998). The concept of “working through” loss: a critical evaluation of the cultural, historical, and empirical evidence. In A. Maercker, M. Schuetzwohl, & Z. Solomon (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: vulnerability and resilience in the life-span*. (pp. 221-247). Göttingen, Germany: Hogrefe and Huber.

Bonanno, G. A., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K. G., Litz, B. & Insel, B.(2007). Is There More to Complicated Grief Than Depression and Posttraumatic Stress Disorder? A Test of Incremental Validity. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(2), 342-351.

Bonanno, G. A., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Wortman, C. B., Sonnega, J., Carr, D., & Nesse, R. M.(2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study

from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*(5), 1150-1164.

Bonanno, G. A., Papa, A., & O'Neill, K. (2001). Loss and human resilience. *Applied and Preventive Psychology*, *10*, 193-206.

Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, *21*(5), 705-734.

Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (1999). Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychological Bulletin*, *125*, 760-776.

Bond, M., Singh, M., & Andrews, G. (1993). The Defence Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *181*, 246-256.

Bonsack, C., Despland, J. N., & Spagnoli, J. (1998). The French Version of the Defence Style Questionnaire. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *67*, 24-30.

Bouisson, J., & Reinhardt, J.C. (2000). *Seuils, parcours, vieillissements.* Paris : L'Harmattan.

Bound, F. (2006). Hypochondria. *The Lancet*, 367(9505), 105.

Bourgeois, M. L. (2006). Etudes sur le deuil. Méthodes qualitatives et méthodes quantitatives. *Annales Médico-Psychologiques*, *164*, 278-291.

Bourgeois, M. L., Cereijo, C., & Radat, F. (1996). Deuils compliqués et deuils psychiatriques : Etudes de 106 patients hospitalisés en psychiatrie. *Annale Médico-Psychologiques*, *154*(7), 469-473.

Bourne, V. J., Fox, H. C., Starr, J. M., Deary, I. J., & Whalley, L. J. (2007). Social support in later life: Examining the roles of childhood and adulthood cognition. *Personality and Individual Differences*, *43*(4), 937-948.

Bourque, P., Blanchard, L., & Vézina, J. (1990). Étude psychométrique de l'Échelle de Dépression Gériatrique. *Revue canadienne du vieillissement*, *9*, 348-355.

Bowlby, J. (1984, 1980 version originale). *Attachement et Perte 3 : Perte, Tristesse et Dépression*. Paris : PUF.

Bowlby, J. (1978b, 1973 version originale). *Attachement et Perte 2: Séparation, Angoisse et Colère*. Paris : PUF.

Bowlby, J. (1978a, 1969 version originale). *Attachement et Perte 1: l'Attachement*. Paris: PUF.

Bowlby, J., & Parkes, C. (1970). Separation and loss within the family. In E. J. Anthony, & C. M. Koupernic (Eds.), *The Child in this Family*. (pp197-216). New-York: Wiley.

Bowman, B. J. (1996). Cross-cultural validation of Antonovsky's sense of coherence scale. *Journal of Clinical Psychology*, *52*, 547–549.

Brandtstädter, J. (2009 *in press*). Goal pursuit and goal adjustment: Self-regulation and intentional self-development in changing developmental contexts. *Advances in Life Courses Research*.

Brown, T.A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New-York: Guilford Press.

Brown, M., & Cudeck, R. (1989). Single sample cross-validation indices for covariance structures. *Multivariate Behavioral Research*, *24*, 445–455.

Browne, M.W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K.A. Bollen, & J.S. Long (Eds.), *Testing structural equation models*. (pp. 136-162). New-York: Sage Publications.

Bruno, S., Lutwak, N., & Agin, M. A. (2009). Conceptualizations of guilt and the corresponding relationships to emotional ambivalence, self-disclosure, loneliness and alienation. *Personality and Individual Differences*, *47*(5), 487-491.

Burke, W. J., Roccaforte, W. H., & Wengel, S. P. (1991). The short form of the Geriatric Depression Scale: A comparison with the 30-item form. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, *4*, 173–178.

Burks, V. K., Lund, D. A., Gregg, C. H., & Bluhm, H. P. (1988). Bereavement and remarriage for older adults. *Death studies*, *12*(1), 51-60.

Burnett, P., Middleton, W., Raphael, B. A., & Martinek, N. (1997). Measuring core bereavement phenomena. *Psychological Medicine*, *27*, 49-57.

Butcher, J., Derksen, J., Sloore, H., & Sirigatti, S. (2003). Objective personality assessment of people in diverse cultures: European adaptations of the MMPI-2. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 819–840.

Byrne, B. M. (2001). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Byrne, G. J. A., & Raphael, B. A. (1994). A longitudinal study of bereavement phenomena in recently widowed elderly men. *Psychological Medicine*, *24*, 411-421.

Cain, L. (1974). Political factors in the emerging legal status of the elderly. *The Annals*, *415*, 70-79.

Cappeliez, P. (2002). Cognitive-reminiscence therapy for depressed older adults in day hospital and long-term care. In J. D. Webster, & B. K. Haight (Eds.), *Critical Advances in reminiscence Work: From Theory to application*. (pp.300-313). New-York: Springer.

Cappeliez, P. (1993). Depression in elderly persons: Prevalence, predictors, and psychological intervention. In P. Cappeliez, & R. J. Flynn (Eds.), *Depression and the Social Environment: Research and Intervention with Neglected Populations*. (pp.332-368). Montréal: McGill-Queen's University Press.

Cappeliez, P., Guindon, M., & Robitaille, A. (2008). Functions of reminiscence and emotional regulation among older adults. *Journal of Aging Studies*, *22*(3), 266-272.

Cappeliez, P., & Watt, L. M. (2003). L'intégration de la rétrospective de vie et de la thérapie cognitive de la dépression avec les personnes âgées. *Revue Francophone de Clinique Comportemental et Cognitive*, *3*(3), 20-27.

Cappeliez, P., Lavallée, R., & O'Rourke, N. (2001). Functions of reminiscencein later life as viewed by joung and old adults. *Canadian Journal on Aging*, *20*, 577-589.

Cappeliez, P., & Watt, L. M. (2000). Integrative and instrumental reminiscence therapies for depression in older adults: intervention strategies and treatment effectiveness. *Aging and Mental Health*, *4*(2), 166-177.

Carmel, S., Anson, O., Levenson, A., Bonneth, D. Y., & Maoz, B. C. (1991). Life events, sense of coherence and health: Gender differences on the kibbutz. *Social Science and Medicine*, *32*, 1089–1096.

Carmel, S., & Berstein, J. (1989). Trait-anxiety and sense of coherence: A longitudinal study. *Psychological Reports*, *65*, 221–222.

Carr, D., Nesse, R. M., & Wortman, C. B. (2005). *Widowhood in late life: new directions in theory, research, and practice*. New-York: Springer Publishing Company.

Celikel, F. C., Kose, S., Cumurcu, B. E., Erkorkmaz, U., Sayar, K., Borckardt, J. J., & Cloninger, C. R. (2009 *in press*). Cloninger's temperament and character dimensions of personality in patients with major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*.

Chabrol, H., Rousseau, A., Rodgers, R., Callahan, S., Pirlot, G., & Sztulman, H. (2005). A study of the face validity of the 40 item version of the defence style questionnaire (DSQ-40). *The Journal of nervous and mental disease*, *193*(11), 756-758.

Chabrol, H., & Callahan, S. (2004). *Mécanismes de défense et coping*. Paris: Dunod.

Chabrol, H., & Brandibas, G. (2000). Le Questionnaire de style de défense à 40 items : résultats décevants d'une première étude de validation française. *Encéphale*, *26*, 78-79.

Chang-Quan, H., Bi-Rong, D., Zhen-Chan, L., Ji-Rong, Y., & Qing-Xiu, L. (2009 *in press*). Chronic disease and risk for depression in old age: A meta-analysis of published literature. *Ageing Research Reviews*.

Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2003). A life span of emotional functioning in adulthood and old age. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, *15*, 133-162.

Chen, J. H., Bierhals, A. J., Prigerson, H. G., Kasl, S. V., Mazure, C. M., & Jacobs, S. (1999). Gender differences in the effects of bereavement-related psychosocial distress in health outcomes. *Psychosocial Medicine, 29*, 367-380.

Cherifi, Z. (2008). Du traumatisme au lien psychique. *Pratiques Psychologiques*, *14*(4), 471-480.

CIM-10 (Classification International des Troubles Mentaux et des Troubles Comportementaux) : description clinique et directives pour le diagnostic (1993), Paris: Masson.

Clayton, P. J. (1973). The clinical morbidity of the first year of bereavement. *Psychiatry*, *14*, 151-157.

Cloninger, C. R. (1999). *The Temperament and Character Inventory—Revised. Center for Psychobiology of Personality*, Washington University, St Louis, Missouri.

Cloninger, C. R. (1999). *Personality and Psychopathology*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.

Cloninger, C. R. (1998). The genetics and psychobiology of the seven-factor model of personality. In K. R. Silk (Eds.), *Biology of personality disorders*. (pp. 63-92). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., & Wetzel, R. D. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI). A guide to its development and use.* St Louis, MO: Centre for Psychobiology of Personality, Washington University.

Cohen, O., & Dekel, R. (2000). Sense of coherence, ways of coping, and well being of married and divorced mothers. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, *22*, 467–486.

Coleman, D., & Casey, J. T. (2007). Therapeutic mechanisms of suicidal ideation: The influence of changes in automatic thoughts and immature defences. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, *28*(4), 198-203.

Conrad, R., Wegener, I., Imbierowicz, K., Liedtke, R., & Geiser, F. (2009). Alexithymia, temperament and character as predictors of psychopathology in patients with major depression. *Psychiatry Research*, *165*(1-2), 137-144.

Conrad, R., Schilling, G., Bausch, C., Nadstawek, J., Wartenberg, H. C., Wegener, I., & al. (2007). Temperament and character personality profiles and personality disorders in chronic pain patients. *Pain*, *133*(1-3), 197-209.

Conradi, H. J., & de Jonge, P. (2009). Recurrent depression and the role of adult attachment: A prospective and a retrospective study. Journal of Affective Disorders, *116*, 93-99.

Constantino, J. N., Cloninger, R. C., Clarke, A. R., Hashemi, B., & Przybeck, T. (2002). Application of the seven-factor model of personality to early childhood. *Psychiatry Research, 109,* 229–243.

Conte, H. R., Weiner, M. B., & Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: Conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, *43*(4), 775-785.

Coton, X., Pinto, E., Reggers, J., Hansenne, M., Parent, M., & Ansseau, M. (2007). Impact de la personnalité sur l'intensité du syndrome de sevrage alcoolique: une étude préliminaire avec le modèle de Cloninger. *L'Encéphale*, *33*(3), 264-269.

Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, *50*, 1385-1401.

Christ, G. H., Bonanno, G. A., Malkinson, R., & Rubin, S. (2003). Bereavement experiences after the death of a child. In Institute of Medicine of the National Academies, *When Children Die: Improving Palliative and End-of-Life Care for Children and Their Families.* (pp.553-579). Washington, DC: The National Academies Press.

Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today. Further processes for adaptation. *American Psychologist*, *55*, 637–646.

Cramer, P. (1998). Coping and defense mechanisms: what's the difference? *Journal of Personality*, *66*, 919–946.

Cronbach, L. J. (1971). Test validation. In R. L. Thorndicke (Eds.), *Educational measurement* (2e ed.). (pp. 443-507). Washington: American council on education.

Cumming, E., & Henry, W. E. (1961). *Growing old: the process of disengagement.* New York: Basic Books.

Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: Toward a mediational model. *Death Studies*, *30*, 1-26.

David, J. P., & Suls, J. (1999). Coping efforts in daily life: Role of Big Five traits and problems appraisals. *Journal of Personality*, *67*, 265–294.

Davidson, K. W., MacGregor, M. Wm., Johnson, E. A., Woody, E. Z., & Chaplin, W. F. (2004). The relation between defense use and adaptive behavior. *Journal of Research in Personality*, *38*(2), 105-129.

Davidson, J. R., Stein, D. J., Shalev, A. Y., & Yehuda, R. (2004). Posttraumatic stress disorder: acquisition, recognition, course, and treatment. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, *16*, 135-147.

Davidson, R. J., & Irwin, W. (1999). The functional neuroanatomy of emotion and affective style. *Trends Cognitive Sciences*, *3*, 11-21.

Davies, K. A., Macfarlane, G. J., McBeth, J., Morriss, R., & Dickens, C. (2009). Insecure attachment style is associated with chronic widespread pain. *Pain*, *143*, 200-205.

Davis, C., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning, *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*, 561–574.

Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, *13*(3), 595-605.

Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R (revised). Version Administration, Scoring and Procedures, Manual 1*. John Hopkins University School of Medicine.

Derouesné, C. (2001). Echelles et classifications. Le mini-mental state examination. Version française consensuelle du GRECO. *Revue Neurologique*, *157*, 567-571.

Devellis, R. (2003). *Scale Development*. New-York: Sage Publications.

Dickes, P., Tournois, J., Flieller, A., & Kop, J.-L. (1994). *La Psychométrie*. Paris: PUF.

Dickstein, L. S. (1978). Attitudes toward death, anxiety, and social desirability. *Journal of Death and Dying*, *8*(4), 369-378.

Dickstein, L. S. (1972). Death concern: Measurements and correlates. *Psychological Reports*, *30*, 563–571.

Dollander, M., & de Tychey, C. (1999). Meurtre d'enfant et symbolisation de la perte: approche clinique comparative après un suivi longitudinal. *Psychologie Clinique et Projective*, *5*, 165-206.

Drageset, J., Eide, G. E., Nygaard, H. A., Bondevik, M., Nortvedt, M. W., & Natvig, G. K. (2009). The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents – A questionnaire survey in Begen, Norway. International Journal of Nursing Studies, *46*, 66-76.

DSM-IV Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux (4ème édition, Version Internationale, Washington DC, 1994) –Traduction française par J.-D., Guelfi et coll. (1996), Paris: Masson.

Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, sides and accidents. *Death Studies*, *27*(2), 143-165.

Dyregrov, K., & Matthiersen, S. B. (1987). Similarities and differences in mother's and father's grief following the death of an infant. *Scandinavian Journal of Psychology*, *28*, 16-25.

Egger, J. I. M., Delsing, P. A. M., & De Mey, H. R. A. (2003). Differential diagnosis using the MMPI-2: Goldberg's index revisited. *European Psychiatry*, *18*(8), 409-411.

Eklund, M., Hansson, L., & Bengtsson-Tops, A. (2004). The influence of temperament and character on functioning and aspects of psychological health among people with schizophrenia. *European Psychiatry*, *19*(1), 34-41.

Enright, B. P., & Marwit, S. J. (2002). Diagnosing complicated grief: a closer look. *Journal of Clinical Psychology*, *58*, 747-757.

Erikson, E. H. (1974). *Enfance et société*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé. (Texte original de 1950, traduit par A. Cardinet).

Erim, Y., Tagay, S., Beckmann, M., Bein, S., Cicinnati, V., & al. (2009, in press). Depression and protective factors of mental health in people with hepatitis C: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies.*

Esteve, M. R., & Camacho, L. (2008). Anxiety sensitivity, body vigilance and fear of pain. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(6), 715-727.

Farmer, R. F., & Goldberg, L. R. (2008a). A psychometric evaluation of the revised Temperament and Character Inventory (TCI-R) and the TCI-140. *Psychological Assessment*, *20*(3), 281-291.

Farmer, R. F., & Goldberg, L. R. (2008b). Brain modules, personality layers, planes of being, spiral structures, and the equally implausible distinction between TCI-R "Temperament" and "Character" scales: Reply to Cloninger (2008). *Psychological Assessment*, *20*(3), 300-304.

Faschingbauer, T. R., Zisook, S., & DeVaul, R. A. (1987). The Texas revised inventory of grief. In S. Zisook (Eds), *Biopsychosocial Aspects of Bereavement*. (pp. 111-124). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Faschingbauer, T. R., DeVaul, R. A., & Zisook, S. (1977). Development of the Texas inventory grief. *American Journal of Psychiatry*, *134*(6), 696-698.

Feldt, T., Metsäpelto, R.-L., Kinnunen, U., & Pulkkinen, L. (2007). Sense of coherence and five-factor approach to personality. *European Psychologist*, *12*(3), 165-172.

Feldt, T., Lintula, H., Suominen, S., Koskenvuo, M., Vahtera, J., & Kivimäki, M. (2006). Structural validity and temporal stability of the 13-item sense of coherence scale: Prospective evidence from the population-based HeSSup study. *Quality of Life Research*, *10*, 1136-1142.

Ferguson, G.A. (1949). On the theory of test discrimination. *Psychometrika*, *14*(1), 61–68.

Feteanu, D. (2002). Maladie d'Alzeihmer : Possibilités actuelles et perspectives futures de prévention, dans C.,Trivalle (dir.) *Gérontologie Préventive, éléments de prévention du vieillissement pathologique*. Paris : Masson, 172-177.

Field, D., Gal-Oz, E., & Bonanno, G. (2003). Continuing bonds and adjustment 5 years after the death of a spouse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 110–117.

Field, N. P., & Sundin, E. C. (2001). Attachment style in adjustment to conjugal bereavement. *Journal of Social and Personal Relationships*, *18*, 347–361.

Field, N. P., Hart, D., & Horowitz, M. J. (1999). Representations of self and other in conjugal bereavement. *Journal of Social and Personal Relationships*, *16*, 407-414.

Field, D., & Millsap, R.E. (1991). Personality in advanced old age: Continuity or change? *Journal of gerontology*, *46*, 299-308.

Fischer, K. W., Shaver, P. R., & Carnochan, P. (1990). How emotions develop and how they organize development. *Cognition and Emotion*, *4*, 81-127.

Flannery, R. B. Jr., Perry, C., Penk, W. E., & Flannery, G. J. (1994). Validating Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Journal of Clinical Psychology*, *50*, 575–577.

Floyd, M., Black, S. R., & Rice, J. (2002). Recurrence of Posttraumatic Disorder in late life: A cognitive aging perspective. *Journal of Clinical Gerontopsychology*, *8*(4), 303-311.

Folkman, S. (2001). Revised coping theory and the process of bereavement. In M. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe, and H. Schut (Eds), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. (pp. 563–584). Washington, DC: American Psychological Association.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, *12*, 189-198.

Ford, K. J., McCallum, R. C., & Tait, M. (1986). The application of exploratory factor analysis in applied psychology: A critical review. *Personnel Psychology*, *39*, 291-314.

Forstmeier, S., & Maercker, A. (2007). Comparison of two diagnostic systems for Complicated Grief. *Journal of Affective Disorders*, *99*(1-3), 203-211.

Fortin, M. F., Coutu-Wakulczyk, G., & Engelsmann, F. (1989). Contributions to the validation of the SCL-90-R in french speaking women. *Health Care for Women International*, *10*, 27-41.

Fossati, A., Cloninger, C. R., Villa, D., Borroni, S., Grazioli, F., Giarolli, L., & al. (2007). Reliability and validity of the Italian version of the Temperament and Character Inventory—Revised in an outpatient sample. *Comprehensive Psychiatry*, *48*, 380-387.

Fraley, R. C., & Bonanno, G. A. (2004). Attachment and loss: a test of three competing models on the association between attachment-related avoidance and adaptation to bereavement. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *30*(7), 878-890.

Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2001). Loss and bereavement. Attachment theory and recent controversies concerning "grief work" and the nature of detachment. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research*. (pp.735-759). Washington, DC: APA.

Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: theoretical developments, emerging controversies, an unanswered question. *Review of General Psychology*, *4*, 132-154.

Fraley, R. C., & Waller, N. G. (1998). Adult attachment patterns: a test of the typicological model. In J. A. Simpson, & W. S. Rholes (Eds), *Attachment theory and close relationship*. (pp. 77-114). New-York: Guildford.

Freud, S. (1923). *Le moi et le ça*. In: Œuvres Complètes, tome XVI. Paris: PUF (1991).

Freud, S. (1915). *Deuil et mélancolie*. In : Œuvres Complètes, tome XII. Paris: PUF (1991).

Friis, R. H., Wittchen, H.-U., Pfister, H., & Lieb, R. (2002). Life events and changes in the course of depression in young adults. *European Psychiatry*, *17*(5), 241-253.

Frommberger, U., Stieglitz, R. D., Straub, S., Nyberg, E., Schlickewei, W., Kuner, E., & Berger, M. (1999). The concept of ''sense of coherence'' and the development of posttraumatic stress disorder in traffic accident victims. *Journal of Psychosomatic Research*, *46*, 343–348.

Gallagher, T. J., Wagenfeld, M. O., Baro, F., & Haepers, K. (1994). Sense of coherence, coping and caregiver role overload. *Social Science and Medicine*, *39*, 1615–1622.

Gallagher-Thompson, D., Futterman, A., Farberow, N., Thompson, L. W., & Peterson, J. (1993). The impact of spousal bereavement on older widows and widowers. In M. S. Stroeber, W. Stroeber & R. O. Hansson (eds.), *Handbook of Bereavement*, 227-239. New York: Cambridge University Press.

Gamble, J., & Creedy, D. K. (2009). A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery*, *25*, 21-30.

Gana, K. (2001). Is sense of coherence a mediator between adversity and psychological well-being in adults? *Stress and Health*, *17*, 77 – 83.

Gana, K., & Mezred, D. (2009). Tracasseries quotidiennes, réminiscence et santé mentale chez l'adulte et la personne âgée : test d'un modèle structural des effets médiateurs de la réminiscence. *Psychologie Française*, *54*(3), 211-224.

Gana, K., de Tychey, C., Lesquoy, A., & Pariset, C. (2004). L'échelle de Prigerson et al: Un dispositif préventif d'évaluation des complications du deuil ? Dans C. de Tychey (Dir.) *La prévention des dépressions*. Paris : l'Harmattan.

Gana, K., & Trouillet, R. (2003). Structure variance of Temperament and Character Inventory (TCI). *Personality and Individual Differences*, *35*, 1483-1495.

Gana, K., & Garnier, S. (2001). Latent structure of the Sense Of Coherence Scale in a French sample. *Personality and Individual Differences*, *31*, 1079-1090.

Gana, K., & Akremi, M. (1998). French adaptation and validation of the Boredom Proneness Scale (BP)/ L'échelle de disposition à l'ennui (EDE): Adaptation française et validation du Boredom Proneness Scale (BP). *Année Psychologique*, *98*(3), 429-450.

Gass, C. S., & Gonzalez, C. (2003). MMPI-2 short form proposal: Caution. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *18*(5), 521-527.

Gaucher, J. (1996). Quelques réflexions sur la psychodynamique de la vieillesse. *Psychothérapies*, *16*, 133-137.

Gilewski, M. J., Farberow, N. L., Gallagher, D. E., & Thompson, L. W. (1991). Interaction of depression and bereavement on mental health in the elderly. *Psychology & Aging, 6*(1), 67-75.

Gillies, J., & Neimeyer, R. A. (2006). Loss, grief and the search for significance: toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, *19*, 31-65.

Glass, R. M. (2005). Is grief a disease? Sometimes. *Journal of American Medical Association*, *293*(21), 2658-2660.

Gomez, V., Krings, F., Bangerter, A., & Grob, A. (2009). The influence of personality and life events on subjective well-being from a life span perspective. *Journal of Research in Personality*, *43*(3), 345-354.

Gray, R. E. (1987). Adolescent response to the death of a parent. *Journal of Youth and Adolescent*, *16*, 511-525.

Grebot, E., & Paty, B. (2009, sous presse). Les dérivés conscients des mécanismes de défense au questionnaire de Bond (DSQ 40) : stabilité ou variabilité entre une situation non anxiogène et une situation anxiogène. *Annales Médico-Psychologiques*.

Grebot, E., Paty, B., & Girard Dephanix, N. (2006). Styles défensifs et stratégies d'ajustement ou *coping* en situation stressante. *L'Encéphale*, *32*(*3*), 315-324.

Green, B. L. (2000) Traumatic loss: Conceptual and empirical links between trauma and bereavement. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, *5*, 1-17.

Greenberg, M. A., Wortman, C. B., & Stone, A. A. (1996). Emotional expression and physical health: Revising traumatic memories or fostering self-regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *71*, 588-602.

Griffin, D., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*(3), 430-445.

Griffo, R, & Colvin, C. R. (2009). A brief look at interactionism: Past and present. *Journal of Research in Personality*, *43*(2), 243-244.

Guillem, F., Bicu, M., Semkovska, M., & Debruille, J. B. (2002). The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and character. *Schizophrenia Research*, *56*,137-147.

Gunnarsdóttir, E. D., Pingitore, R. A., Spring, B. J., Konopka, L. M., Crayton, J. W., Milo, T., & Shirazi, P. (2000). Individual differences among cocaine users. *Addictive Behaviors*, *25*(5), 641-652.

Gunthert, C., Cohen, L. H., & Armeli, S. (1999). The role of neuroticism in daily stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, *77*, 1087–1100.

Gutierrez-Zotes, J. A., Bayon, C., Montserrat, C., Valero, J., Labad, A., Cloninger, C. R., & al. (2004). Temperament and Character Inventory Revised (TCI-R). Standardization and normative data in a general population sample. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *32*, 8-15.

Ha, J. H., Kim, E. J., Abbey, S. E., & Kim, T. S. (2007). Relationship between personality disorder symptoms and temperament in the young male general population of South Korea. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *61*, 59-66.

Haccoun, R.R. (1987). Une nouvelle technique de vérification de l'équivalence des mesures psychologiques traduites. *Revue Québécoise de Psychologie, 8*, 30-39.

Hagman, G. (1995). Mourning: A review and reconsideration. *International Journal of Psychoanalysis*, *76*, 909-925.

Hakanen, J. J., Feldt, T., Leskine, E. (2007). Change and stability of sense of coherence in adulthood: Longitudinal evidence from the Healthy Child study. *Journal of Research in Personality*, *41*, 602-617.

Hankins, M. (2008). Discrimination and reliability: equal partners? Understanding the role of discriminative instruments in HRQoL research: can Ferguson's Delta help? A response. *Health and Quality of Life Outcomes,* 83-89.

Hankins, M. (2007). Questionnaire discrimination: (re)-introducing coefficient δ. *BMC Medical Research Methodology*, 19-26.

Hansenne, M., & Bianchi, J. (2009). Emotional intelligence and personality in major depression: Trait versus state effects. *Psychiatry Research*, *166*, 63-68.

Hansenne, M. (2007). *Psychologie de la personnalité*. (3ème édition). Bruxelles : Editions De Boeck Université.

Hansenne, M., Delhez, M., & Cloninger, C. R. (2005). Psychometric properties of the Temperament and Character Inventory—Revised (TCI-R) in a Belgian sample. *Journal of Personality Assessment*, *85*, 40-49.

Hansenne, M., Reggers, J., Pinto, E., Kjiri, K., Ajamier, A., & Ansseau, M. (1999). Temperament and character inventory (TCI) and depression. *Journal of Psychiatric Research,* 33, 31–36.

Hansenne, M., Pichot, W., Gonzales, A., Reggers, J., Machurot, P.-Y., & Ansseau, M. (1997). Harm avoidance dimension of the Tridimensional Personality Questionnaire and serotonin-1A activity in depressed patients. *Biological Psychiatry, 42,* 959–961.

Hanus, M. (2006). Deuils normaux, deuils difficiles, deuils compliqués et deuils pathologiques. *Annales Médico-Psychologiques*, *164*, 349-356.

Hanus, M. (2000). *La Mort Eprouvée*. Paris : Frison Roche.

Hanus, M. (1994). *Les deuils dans la vie*. (2nde edition, 2003) Paris: Maloine.

Hardison, H. G., Neimeyer, R. A., & Lichstein, K.L. (2005). Insomnia and complicated grief symptoms in bereaved college students. *Behavioral sleep medicine*, *3*(2), 99-111.

Harkness, K. L., Shear, M. K., Frank, E., & Silberman, R. A. (2002). Traumatic grief treatment: Case histories of 4 patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, *63*(12), 1113-1120.

Harter, S. (1990). Causes, correlates, and the functional role of global self-worth: a lifespan perspective. In J. Kolligian, & R. Sternberg (Eds), *Perceptions of competence and incompetence across the lifespan*. (pp. 67–98). New Haven, CT: Yale University Press.

Hathaway, S. R., & McKinley, J.-C. (1996). *MMPI-2, Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota – 2™*. Paris : ECPA.

Haub, C. (2006). “World Population Data Sheet”. Washington: Population Reference Bureau. http://www.prb.org (consulté pour la dernière fois le 13 février 2008).

Haub, C. (2005). “World Population Data Sheet”. Washington: Population Reference Bureau. http://www.prb.org (consulté pour la dernière fois le 13 février 2008).

Haub, C. (2003). “World Population Data Sheet”. Washington: Population Refernce Bureau. http://www.prb.org (consulté pour la dernière fois le 13 février 2008).

Hays, J. C., Gold, D. T., & Pieper, C. F. (1997). The sibling bereavement in late life. *Omega, 35,* 25-42.

Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, 511–524.

Hebert, R. S., Dang, Q., & Schulz, R. (2007). Religious beliefs and practices are associated with better mental health in family caregivers of patients with dementia: Findings from the REACH study. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, *15*(4), 292-300.

Hensley, P. A. (2006). Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief. *Journal of Affective Disorders*, *92*(1), 117-124.

Hirschfeld, R. M. (1999). Personality disorders and depression: comorbidity. *Journal of Depression and Anxiety*, *10*, 142–146.

Holahan, C. J., Moos, R. H., & Bonin, L. (1997). Social support, coping, and psychological adjustment: A resources model. In G. R. Pierce, B. Lakay, I.G. Sarason, and B.R. Sarason, (Eds), *Sourcebook of social support and personality*. (pp. 169–186). New-York: Plenum Press.

Holland, J.M., Neimeyer, R.A., Boelen, P.A., & Prigerson, H.G. (2009). The Underlying Structure of Grief: A Taxometric Investigation of Prolonged and Normal Reactions to Loss. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31*, 190–201.

Holtslander, L. F., & Duggleby, W. D. (2009). The hope experience of older bereaved women who cared for a spouse with terminal cancer. *Quality Health Research*, *19*(338), 388-400.

Hooker, K. (2002). New directions for research in personality and aging: A comprehensive model for linking levels, structures, and processes. *Journal of Research in Personality*, *36*(4), 318-334.

Hooker, K., Frazier, I. D., & Monahan, D. J. (1994). Personality and coping among caregivers of spouses with dementia. *The Gerontologist*, *34*, 386–392.

Horowitz, M. J., Bryna Siegel, M. D., Are Holen, M. D., Bonanno, G. A., Milbrath, C., & Stinson, Ch. H. (1997). Diagnostic criteria for the complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 904-910.

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, *6*, 1-55.

Ingersoll-Dayton, B., Morgan, D., & Antonucci, T. (1997). The effects of positive and negative social exchanges on aging adults. *Journal of Gerontology: Social Science*, *52B*, 190–199.

Irizarry, C., & Willard, B. (1999). The grief of SIDS parents and their understanding of each other's responses. *Omega*, *38*(4), 313-323.

Ito, T., Tomita, T., Hasui, C., Otsuka, A., Katayama, Y., Kawamura Y., & al. (2003). The link between response styles and major depression and anxiety disorders after child-loss. *Comprehensive Psychiatry*, *44*(5), 396-403.

Jacobs, S. C., Hansen, F., Berkman, L., Kasl, S. V., Ostfeld, A. (1989). Depressions of bereavement. *Comprehensive Psychiatry*, *30*(3), 218-224.

Jacobs, S. C., Kasl, S. V., Ostfeld, A., Berkman, L., & Charpentier, P. (1986). The measurement of grief: age and sex variations. *British Journal of Medical Psychology*, *59*, 305-310.

Jaques, E. (1963). *Mort et crise du milieu de la vie.* In R. Kaës, & al. *Crise, Rupture et Dépassement*. Paris: Dunod.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. New-York: Free Press.

Jenewein, J., Moergeli, H., Wittmann, L., Büchi, S., Kraemer, S., & Schnyder, U. (2009). Development of chronic pain following severe accidental injury: Results of a 3-year follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research*, *66*(2), 119-126.

Joyce, P. R., Mulder, R. T., McKenzie, J. M., Luty, S. E., & Cloninger, C. R. (2004). Atypical depression, atypical temperament, and differential antidepressant response to fluoxetine and nortriptyline. *Depression and Anxiety, 19,* 180–186.

Joyce, P. R., Mulder, R. T., & Cloninger, R. C. (1994). Temperament predicts clomipramine and desipramine response in major depression. *Journal of Affective Disorders, 30,* 35–46.

Jöreskog, G.K., & Sörbom, D. (2006). LISREL 8.80 for Windows [Computer Software]. Lincolnwood, IL: Scientific Software International, Inc.

Jöreskog, G. K., & Sörbom, D. (2001). LISREL 8.50. Lincolnwood, Scientific Software International, USA (2001).

Jöreskog, G. K., & Sörbom, D. (1996). *Lisrel 8. User's reference guide (Lisrel/Prelis).* Hillsdale: Scientific Software, Inc. Jacobs, S. (1993). *Pathologic grief: Maladaptation to loss*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Jorgensen, R. S., Frankowski, J. J., & Carey, M. P. (1999). Sense of coherence, negative life events and appraisal of physical health among university students. *Personality and Individual Differences*, *27*, 1079–1089.

Jue, J., Tang, Y.-Y., Yinghua, M.., Shipin, L. V., Ying, B., & Hangli, Z. (2009). A structural equation model of depression and the defense system factors: A survey among Chinese college students. *Psychiatry research*, *165*, 288-296.

Jung, C. G. (1958). *Types psychologiques*, (texte imprimé, préface et traduction de Y. Le Lay) (2ème éd.). Genève: Librairie de l'Université,Georg et cie.

Kalafat, M., Hugonot-Diener, L., & Poitrenaud, J. (2003). Etalonnage français du MMS version GRECO. *Revue de Neuropsychologie*, *13*(2), 209-236.

Kaltman, S., & Bonanno, G. A. (2003). Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Anxiety Disorders*, *17*, 131-147.

Kaplan, G. A. (1995). Where do shared pathways lead? Some reflections on a research agenda. *Psychosomatic Medicine*, *57*, 208-212.

Karam, E. G., Tabet, C. C., Alam, D., Shamseddeen, W., Chatila, Y., Mneimneh, Z., Salamoun, M. M., Hamalian, M. (2009). Bereavement related and non-bereavement related depressions: A comparative field study. *Journal of Affective Disorders*, *112*(1-3), 102-110.

Kim, Y., Duberstein, P. R., Sörensen, S., & Larson, M. R. (2005). Levels of depressive symptoms in spouses of people with lung cancer: Effects of personality, social support, and caregiving burden. *Psychosomatics*, *46*, 123-130.

Kivamaki, M., Feldt, T., Vahtera, J., & Nurmi, J. E. (2000). Sense of coherence and health: Evidence from two crosslagged longitudinal samples. *Social Science and Medicine*, *50*, 583–597.

Klass, D., Silverman, P. R., & Nickman, S. L. (Eds.) (1996). *Continuing bonds: new understandings of grief*. Washington, DC: Taylor & Francis.

Koenig, H. G. (1998). Depression in elderly patients with congestive heart failure. *Journal of General Hospital Psychiatry*, *20*, 29–43.

Koenig, H. G., Vandermeer, J., Chambers, A., Burr-Crutchfield, L., & Johnson, J. L. (2006). Comparison of major and minor depression in older medical inpatients with chronic heart and pulmonary disease. *Psychosomatics*, *47*, 296– 303.

Koenig, H.G., Westlund, R. E., George, L. K., & al. (1993). Abbreviating the Duke Social Support Index for use in chronically ill older adults. *Psychosomatics*, *34*, 61–69.

Koenig, H. G., Meador, K. G., Shelp, F., & al. (1991). Depressive disorders in hospitalized medically ill patients: a comparison of young and elderly men. *Journal of American Geriatric Society*, *39*, 881–890.

Konttinen, H., Haukkala, A., & Uutela, A. (2008). Comparing sense of coherence, depressive symptoms and anxiety, and their relationships with health in a population-based study. *Social Science and Medicine*, *66*, 2401-2412.

Korenromp, M. J., Page-Christiaens, G. C. M. L., Van Den Bout, J., Mulder, E. J. H., Hunfeld, J. A. M., Potters, C. M. A. A., & al. (2007). A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for foetal anomalies. *Prenatal Diagnosis*, *27*(8), 709-716.

Korner, A., Gerull, F., Stevenson, J., & Meares, R. (2007). Harm avoidance, self-harm, psychic pain, and the borderline personality: life in a “haunted house”. *Comprehensive Psychiatry*, *48*(3), 303-308.

Korotkov, D. L. (1993). An assessment of the (short-form) sense of coherence measure: Issues of validity and wellbeing. *Personality and Individual Differences*, *14*, 575–583.

Krause, N. (1997). Anticipated support, received support, and economic stress among older adults. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences & Social Sciences*, *52*(6), 284–293.

Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New-York: Springer Publishing Company.

Kumpulainen, K. (2000). Psychiatric symptoms and deviance in early adolescence predict heavy alcohol use 3 years later. *Addiction*, *95*(12), 1847-1857.

Kusunoki, K., Sato, T., Taga, C., Yoshida, T., Komori, K., Narita, T., Hirano, S., Iwata, N., & Ozaki, N. (2000). Low novelty-seeking differentiates obsessive-compulsive disorder from major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*(5), 403-405.

Kwon, P., & Olson, M. L. (2007). Rumination and depressive symptoms: Moderating role of defense style immaturity. *Personality and Individual Differences*, *43*, 715-724.

Lacan, J. (1966). *Ecrits*, Paris : Seuil.

Laible, D. J., Carlo, G., & Roesch, S. C. (2004). Pathways to self-esteem in late adolescence: the role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviours. *Journal of Adolescence*, *27*(6), 703-716.

Laidlaw, T. M., Dwivedi, P., Naito, A., & Gruzelier, J. H. (2005). Low self-directedness (TCI), mood, schizotypy and hypnotic susceptibility. *Personality and Individual Differences*, *39*(2), 469-480.

Langeland, E., & Wahl, A. K. (2009). The impact of social support on mental health service user's sense of coherence: A longitudinal panel survey. *International Journal of Nursing Studies*, *46*, 830-837.

Langeland, E., & Wahl, A. K. (2009). The impact of social support on mental health service user's sense of coherence: A longitudinal panel survey. *International Journal of Nursing Studies*, *46*, 830-837.

Langner, R., & Maercker, A. (2005). Complicated grief as a stress response disorder: evaluating diagnostic criteria in a German sample. *Journal of Psychosomatic Research*, *58*, 235-242.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1967). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Paris: PUF.

Lapray, A., Coulon, E., Girod, J. C., & Capitain, J. P. (1999). Entre perte et deuil : Quelles solutions pour le sujet âgé. *Annales Psychiatriques*, *14*(1), 50-54.

Latham, A. E., & Prigerson, H. G. (2004). Suicidality and bereavement: Complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *34*, 350-362.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. NY: Springer.

Leahy, J. M. (1992). A comparison of depression in women bereaved of a spouse, child and a parent. *Omega*, *26*, 207-208.

Lechner, L., Bolman, C., & van Dalen, A. (2007). Definite involuntary childlessness: Associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*, *22*(1), 288-294.

LeCompte, W.A. & Orner, N. (1976). Development of the Turkish edition of the State-trait Anxiety Inventory. In C.D.S.D. Guerrero (Ed.), *Cross-cultural Anxiety*. (pp. 51-68). Washington DC: Hemisphere Publishing Corp.

Lecours, S., & Bouchard, M. A. (1997). Dimensions of mentalisation outlining level of psychic transformation, *International Journal of Psychoanalysis*, *78*, 855-875.

Lee, S.-Y. D., Arozullah, A. M., & Cho, Y. I. (2004). Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Social Science and Medicine*, *58*(7), 1309-1321.

Léger, J.-M., & Ouango, J.-G. (2002). Dépister et prévenir le suicide et la dépression chez le sujet âgé. Dans C., Trivalle (Dir.) *Gérontologie Préventive, éléments de prévention du vieillissement pathologique*. (pp. 182-193). Paris: Masson.

Léger, J.-M., Tessier, J.-F., & Mouty, M.-D. (1989). *Psychopathologie du vieillissement*. Paris : Dain Editeurs, collection de psychiatrie pratique.

Lemaire, P., & Bherer, L. (2005). *Psychologie du vieillissement. Une Perspective Cognitive*, Bruxelles : De Boeck et Lacier S.A.

Lemaire, P. (1999). Le vieillissement cognitif. *Que-Sais-Je ?* 3486, Paris: PUF.

Lemperière, T. (dir.) (1996). *Les dépressions du sujet âgé*. Paris: Masson.

Lensvelt-Mulders, G. J. L. M., & Boelen, P. A. (2005). Psychometric properties of the Grief Cognitions Questionnaire (GCQ). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *27*(4), 291-303.

Lepore, S. J., Evans, G. E., & Schneider, M. L. (1991). Dynamic role of social support in the links between chronic stress and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 899–909.

Li, S.-C., Lindenberger, U., & Sikström, S. (2001). Aging cognition: from neuromodulation to representation. *Trends in Cognitive Sciences*, *5*, 479-486.

Li, S.-C., & Sikström, S. (2002). Integrative neurocomputational perspective on cognitive aging, neuromodulation, and representation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *26*, 795-808.

Li, N., Zhang, H., Zhao, H., & Tu, X. (1996). Field test of self-rated defense styles in 4,309 college students. *Chinese Mental Health Journal*, *10*, 100-102.

Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G., & Prigerson, H. G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in *DSM-V*. *Clinical Psychology Review*, *24*, 637-662.

Liebowitz, M. R. (1987). Discussion arising from: C. R. Cloninger, A unified biosocial theory of personality and its role to the development of anxiety states. *Psychiatric Development*, *4*, 385-387.

Lin, N., Ye, X., & Ensel, W. M. (1999). Social support and depressed mood: A structural analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, *40*(4), 344–359.

Lin, N., Woelfel, M., & Dumin, M. (1986). Gender of the confidant and depression. In N. Lin, A. Dean, and W.M. Ensel (Eds), *Social support, life events and depression.* (pp. 283–306). Orlando, FL: Academic Press.

Linville, P. W. (1985). Self-complexity and affective extremity : don't put all of your eggs in one cognitive basket. *Social Cognition*, *3*, 94-120.

Lister, S., Pushkar, D., & Connolly, K. (2008). Current bereavement theory: Implications for art therapy practice. *The Arts in Psychotherapy*, 35(4), 245-250.

Littlefield, C. H., & Rushton, J. P. (1986). When a child dies: The sociobiology of bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 797-802.

Loftus, S. T., Garno, J. L., Jaeger, J., & Malhotra, A. K. (2008). Temperament and character dimensions in bipolar I disorder: A comparison to healthy controls. *Journal of Psychiatric Research*, *42*(13), 1131-1136.

Lôo, H., & Gallarda, T. (2000). *Troubles Dépressifs et Personnes Agées*. Paris: Pathologie Science Flammarion, J. Libbey.

Lopata, H. Z. (1996). *Current widowhood: Myths and realities.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Lopez, M. N., Charter, R. A., Mostafavi, B., Nibut, L. P., & Smith, W. E. (2005). Psychometric Properties of the Folstein Mini-Mental State Examination. *Assessment*, *12*(2), 137-144.

Lövdahl, H., Andersson, S., Hynnekleiv, T., & Malt, U. F. (2009). The phenomenology of recurrent brief depression with and without hypomanic features. *Journal of Affective Disorders*, *112*, 151-164.

Lustig, D. C., Rosenthal, D. A., Strauser, D. R., & Haynes, K. (2000). The relationship between sense of coherence and adjustment in persons with disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, *43*, 134–141.

MacCallum, R. C., Browne, M. W., & Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modelling. *Psychological Methods*, *1*, 130-149.

MacKinnon, D. (2008). Introduction to statistical mediation analysis. Philadelphia: Lawrence Erlbaum and Associates.

MacKinnon, D., Lockwood, C., & Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*.

Maercker, A., Forstmeier, S., Enzler, A., Krüsi, G., Hörler, E., Maier, C., & Ehlert, U. (2008). Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry*, *49*(2), 113-120.

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *50*, 64–104.

Margalit, M., Raviv, A., & Ankonina, D. B. (1992). Coping and coherence among parents with disabled children. *Journal of Clinical Child Psychology*, *21*, 202–209.

Markus, H., & Zajonc, R. B. (1985). The cognitive perspective in social psychology. In E. Aronson, & G. Lindzey (Eds.) *Handbook of socialpsychology*. (Vol. 1, pp. 137-230). New York: Random House.

Marsh, H. W., Balla, J. R., & McDonald, R. P. (1988). Goodness-of-fit indexes in confirmatory factor analysis: The effect of sample size. *Psychological Bulletin, 103,* 391-410.

Martin-Matthews, A., & Davidson, K. (2006). Widowhood and Widowerhood. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopaedia of Gerontology* (Second Edition). (pp. 669-674). San Diego, CA: Academic Press.

Martinotti, G., Mandelli, L., Di Nicola, M., Serretti, A., Fossati, A., Borroni, S. & al. (2008). Psychometric characteristic of the Italian version of Temperament and Character Inventory – Revised, personality psychopathology, and attachment styles. *Comprehensive Psychiatry*, *49*, 514-522.

McAvay, G., Seeman, T. E., & Rodin, J. (1996). A longitudinal study of change in domain-specific self-efficacy among older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Science*, *51B*, 243–253.

McCrae, R. R., & Costa, P. T. Jr (1999). A five-factor theory of personality. In L.A. Pervin and O.P. John (Eds), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed.). (pp. 102–138). New-York: Guilford.

McCrae, R. R., & Costa, P. T. Jr (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, 81-90.

McCrae, R. R., & Costa, P. T. Jr (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, *54*(2), 385-405.

McGregor, I., & Holmes, J.G. (1999). How storytelling shapes memory and impressions of relationship events over time. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*, 403-419.

McLean, K. C., Pasupathi, M., & Pals, J. L. (2007). Selves creating stories creating selves: A process model of self-development. *Personality and Social Psychology Review, 11,* 262–278.

McMullin, J. A., & Cairney, J. (2004). Self-esteem and the intersection of age, class, and gender. *Journal of Aging Studies*, *18*(1), 75-90.

McSherry, W. C., & Holm, J. E. (1994). Sense of coherence: Its effects on psychological and physiological processes prior to, during, and after a stressful situation. *Journal of Clinical Psychology*, *50*, 476–487.

Melhem, N. M., Moritz, G., Walker, M., Shear, M. K., & Brent, D. (2007). Phenomenology and correlates of complicated grief in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *46*(4), 493-499.

Melhem, N. M., Day, N., Shear, M. K., Day, R., Reynolds III, C. F., & Brent, D. (2004). Traumatic grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *American Journal of Psychiatry*, *161*(8), 1411-1416.

Melhem, N. M., Rosales, C., Karageorge, J., Reynolds III, C. F., Frank, E., & Shear, M. K. (2001). Comorbidity of axis I disorders in patients with traumatic grief. *Journal of Clinical Psychiatry*, *62*(11), 884-887.

Messick, S. (1989). Validity. In R. L. Linn, (Ed.), *Educational Measurement* (3e ed.). (13-130). New-York: Macmillan.

Messick, S. (1975). Test standard problem: meaning and values in measurement and evaluation. *American Psychologist*, *30*, 955-966.

Messy, J. (1992). *La personne âgée n'existe pas.* Paris : Rivages/psychanalyse.

Meuser, T. M., & Marwit, S. J. (2000). An integrative model of personality, coping and appraisal for the prediction of grief involvement in adults. *Journal of Death & Dying*, *40*, 375-393.

Miettunen, J., Kantojärvi, L., Veijola, J., Järvelin, M., & Joukamaa, M. (2006). International comparison of Cloninger's temperament dimensions. *Personality of Individual Difference*, *41*, 1515-1526.

Minaya, O., & Fresán, A. (2009). Anxiety disorders comorbidity in first-episode depressed patients: Personality differences based on the temperament and character inventory. *Personality and Individual Differences*, *47*, 522-526.

Mireault, G., Bearor, K., & Thomas, T. (2001). Adult romantic attachment among women who experienced childhood maternal loss. *Omega: Journal of Death and Dying*, *44*, 97-104.

Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G., & Mortimer, M. K. (2005). Complicated grief and suicidal ideation in adult survivors of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *35*(5), 498-506.

Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G., & Mortimer-Stephens, M. (2004). Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis*, *25*(1), 12-18.

Moise, A., Salamon, R., Commenges, D., & Clément, B. (1986). L'utilisation des courbes ROC. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 34*, 209-217.

Monfort, J.-C. (2000). *Quels sont les facteurs de risque de la crise suicidaire ? Facteurs relatifs aux personnes âgées*. Conférence de Consensus sur la Crise Suicidaire, Paris, 19-20 octobre 2000.

Mongini, F., Rota, E., Evangelista, A., Ciccone, G., Milani, C., Ugolini, A., & al. (2009). Personality profiles and subjective perception of pain in head pain patients. *Pain*, *144*(1-2), 125-129.

Moos, M. S., Moos, S. Z., & Hansson, R. O. (2001). Bereavement and old age. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R.O. Hansson (Eds.). *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention*. (pp. 175-195). Washington, DC: American Psychological Association.

Moreira, J. M., de Fátima Silva, M., Moleiro, C., Aguiar, P., Andrez, M., Bernardes, S., & Afonso, M. (2003). Perceived social support as an offshoot of attachment style. *Personality and Individual Differences*, *34*(3), 485-501.

Morse, J. Q., & Robins, C. J. (2005). Personality–life event congruence effects in late-life depression, *Journal of Affective Disorders*, *84*(1), 25-31.

Moskowitz, J. T., Folkman, S., & Acree, M. (2003). Do positive psychological states shed light on recovery from bereavement? Findings from a 3-year longitudinal study. *Death Studies*, *27*, 471–500.

Myall, B. R., Hine, D. W., Marks, A. D. G., Thorsteinsson, E. B., Brechman-Toussaint, M., & Samuels C. A. (2009). Assessing individual differences in perceived vulnerability in older adults. *Personality and Individual Differences*, *46*, 8-13.

Nastasi, B. K., & Schensul, S. L. (2005). Contributions of qualitative research to the validity of intervention research. *Journal of School Psychology*, *43*(3), 177-195.

Neimeyer, R. A. (2006b). Re-storing loss: fostering growth in the posttraumatic narrative. In L. Calhoun, & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Neimeyer, R. A. (2006a). Complicated grief and the quest for meaning: A constructivist contribution. *Omega*, *52*, 37-52.

Neimeyer, R. A. (2005). Widowhood, grief, and the quest for meaning: a narrative perspective on resilience. In Carr D., Nesse R. M. & Wortman C. B. (Eds.), *Late life widowhood in the united states*. New-York: Springer.

Neimeyer, R. A. (2002). Traumatic loss and the reconstruction of meaning. *Journal of Palliative Medicine*, *5*(6), 935-943.

Neimeyer, R. A. (2001). The language of loss: Grief therapy as a process of meaning reconstruction. In R.A. Neimeyer (Ed), *Meaning reconstruction and the experience of loss*. (pp. 261–292). Washington, DC: American Psychological Association.

Neimeyer, R. A., Baldwin, S. A., & Gillies, J. (2006). Continuing bonds and reconstructing meaning: mitigating complications in bereavement. *Death Studies*, *30*, 715-738.

Neimeyer, R. A., Prigerson, H. G., & Davies, B. (2002). Mourning and Meaning. *American Behavioral Scientist*, *46*(2), 235-251.

Neimeyer, R. A., & Levitt, H. (2001). Coping and coherence: a narrative perspective on resilience. In S. Snyder (Ed.), *Coping with Stress*. (pp. 47-67). New-York: Oxford University Press.

Nelson, E. C., & Cloninger, C. R. (1997). Exploring the TPQ as a possible predictor of antidepressant response to nefazodone in a large multi-site study. *Journal of Affective Disorders, 44,* 51–57.

Nelson, E. C., & Cloninger, C. R. (1995). The Tridimensional Personality Questionnaire as a predictor of response to nefazodone treatment of depression. *Journal of Affective Disorders, 35,* 51–57.

Newman, L. S. (2001). Coping and defense: no clear distinction. *American Psychologist*, *56*, 760–761.

Newman, J. R., Ewing, S. E., McColl, R. D., Borus, J. S., Nierenberg, A. A., Pava, J., & Fava, M. (2000). Tridimensional Personality Questionnaire and treatment response in major depressive disorder: A negative study. *Journal of Affective Disorders, 57,* 241–247.

Nolen-Hoeksema, S. (2001). Ruminative coping and adjustment to bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Shut (Eds). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. (pp. 545-562). Washington, DC: American psychological Association.

Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1999). *Coping with loss*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Norris, F. H., Tracy, M., & Galea, S. (2009). Looking for resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Social Science & Medicine*, *68*(12), 2190-2198.

Norris, F. H., & Murrell, S. A. (1990). Social Support, Life Events, and Stress as Modifiers of Adjustment to Bereavement by Older Adults. *Psychology and Aging*, *5*(3), 429-436.

O'Bryant, S. L. & Hansson, R. O. (1995). Widowhood. In R. Blieszner & V. H. Bedford (Eds.). *Handbook of aging and the family*. (pp. 440-458). Westport, CT: Greenwood Press.

Offer, R., Lavie, R., Gothelf, D., & Apter, A., (2000). Defense mechanisms, negative emotions, and psychopathology in adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, *41*, 35-41.

Okun, M. A., Stock, W. A., Haring, M. J., & Witter, R. A. (1984). The social activity/subjective well-being relation: A quantitative synthesis. *Research on Aging*, *6*, 45-66.

Oldehinkel, A. J., Bouhuys, A. L., Brilman, E. I., & Ormel, J. (2001). Functional disability and neuroticism as predictors of late-life depression. *American Journal of Geriatric and Psychiatry*, *9*, 241– 248.

Olié, J. P., Poirier, M. F., & Lôo, H. (1995). Les maladies dépressives. Paris : Flammarion.

Osterweis, M., Solomon, F., & Green, F. (Eds.) (1984). *Bereavement: Reactions, consequences, and care*. Washington, DC: National Academy Press.

Ott, C.H. (2003). The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death Studies*, *27*(3), 249-272.

Ouango, J. G., & Léger, J.-M. (2001). Deuil et sujet âgé. *La Revue de Gériatrie*, *26*(3), 209-216.

Pai, M., & Carr, D. (2007). Do personality traits moderate the effects of late-life spousal loss on psychological distress? Paper presented at the 102nd meeting of the American Sociological Association, New York, August.

Pallant, J. F., & Lae, L. (2002). Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and Individual Differences*, *33*, 39–48.

Parkes, C. M. (2001). A historical overview of the scientific study of bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds). *Handbook of Bereavement research: Consequences, Coping, and Care*. (pp.25-45). Washington, DC: APA.

Parkes, C. M. (1997). Bereavement and mental health in the elderly. *Reviews in Clinical Gerontology*, *7*(1), 47-53.

Parkes, C. M. (1996). *Bereavement: Studies of grief in adult life* (3rd ed.). London: Tavistock/Routledge.

Pasupathi, M. (2003). Emotion regulation during social remembering: Differences between emotions elicited during an event and emotions elicited when talking about it. *Memory, 11,* 151–163.

Pasupathi, M. (2001). The social construction of the personal past and its implications for adult development. *Psychological Bulletin, 127,* 651–672.

Pasupathi, M., & Rich, B. (2005). Inattentive listening undermines self verification in personal storytelling, *Journal of Personality*, *73*, 1051–1086.

Pasupathi, M., Stallworth, L. M., & Murdoch, K. (1998). How what we tell becomes what we know: Listener effects on speakers' long-term memory for events. *Discourse Processes*, *26*, 1–25.

Paulhan, I., & Bourgeois, M. (1995). Le questionnaire de deuil TRIG (Texas Revised Inventory of Grief). Traduction française et validation (The Texas Revised Inventory of Grief (TRIG). French translation and validation). *L'Encéphale*, *21*(4), 323-330.

Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, *30*, 241–256.

Peirce, J. M., Burke, C. K., Stoller, K. B., Neufeld, K. J., & Brooner, R. K. (2009). Assessing traumatic event exposure: Comparing the Traumatic Life Events Questionnaire to the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *Psychological Assessment*, *21*(2), 210-218.

Peirson, A. R., Heuchert, J. W., Thomala, L., Berk, M., Plein, H., & Cloninger, C. R. (1999). Relationship between serotonin and the Temperament and Character Inventory. *Psychiatry Research, 89,* 29–37.

Pélissolo, A., Mallet, L., Baleyte, J. M., Michel, G., Cloninger, C. R., Allilaire, J. F., & al. (2005). The Temperament and Character Inventory—Revised (TCIR): psychometric characteristics of the French version. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *112*, 126-133.

Pélissolo, A., & Corruble, E. (2002). Facteurs de personnalité dans les troubles dépressifs: apports du modèle psychobiologique de Cloninger. *L'Encéphale*, *28*, 363-373.

Pélissolo, A., & Lépine, J.P. (1997). Traduction française et premières études de validation du questionnaire de personnalité TCI. *Annales Médico-Psychologiques*, *155*, 497-508.

Pennebaker, J., Zech, E., & Rimé, B. (2001). Disclosing and sharing emotion: Psychological, social, and health consequences. In M. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe, and H. Schut (Eds), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. (pp. 517–543). Washington, DC: American Psychological Association.

Pennebaker, J. W., & O'Heeron, R. C. (1984). Confiding in others and illness rates among spouses of suicide and accidental death. *Journal of Abnormal Psychology*, *93*, 473-476.

Perfect, T. (1997). Memory aging as frontal lobe dysfunction. In M. A. Conway (Ed.), *Cognitive Models of Memory*. (pp. 315-339). Cambridge, MA: MIT Press.

Pfohl, B., Black, D. W., Noyes, R., Kelley, M., & Blum, N. (1990). A test of the tridimensional personality theory: Association with diagnosis and platelet imipramine binding in obsessive– compulsive disorder. *Biological Psychiatry, 28,* 41–46.

Pivar, I. L., & Field, N. P. (2004). Unresolved grief in combat veterans with PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, *18*(6), 745-755.

Potvin, L., Lasker, J., & Toedter, L. (1989). Measuring grief: a short version of Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *11*, 29-45.

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, *40*, 879-891.

Preiss, M., Kucharova, J., Novak, T., & Stepankova, H. (2007). The Temperament and Character Inventory — Revised (TCI-R): A psychometric characteristics of the Czech version. *Psychiatr Danub*, *19*, 27-34.

Prigerson, H. G. (2004). Complicated grief: when the path of adjustment leads to a dead-end. *Bereavement Care*, *23*, 38-40.

Prigerson, H. G. (2004). The Complicated Grief Website. http://www.info.med.yale.edu/psych/cgrief/Defined.htm (Consulté pour la dernière fois le 28 janvier 2004).

Prigerson, H. G. (1995). Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of the loss. *Psychiatry Research*, *59*(1-2), 65-79.

Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., & al. (2009). Prolonged grief disorder: psychometric validation criteria proposed for *DSM-V* and *ICD-11*. *PloS Medicine*, *6*(8), 1-12.

Prigerson, H. G., Vanderwecker, L. C., & Maciejewski, P. K. (2008). A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds), *Handbook of Bereavement Research and Practice : 21st Century Perspectives*. (pp. 165-186). Washington, DC: APA.

Prigerson, H. G., Block, S. D., Zhang, B., & Maciejewski, P. K. (2007). An empirical examination of the stage theory of grief. *Journal of American Medical Association*, *297*(7), 716-723.

Prigerson, H. G., Zhang, B., Bornstein, R. F., Vanderwerker, L. C., & Johnson, J.G. (2006). Development and validation of an instrument for the assessment of dependency among bereaved persons. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *28*(4), 263-272.

Prigerson, H. G., Cruess, D., & Lichtenthal, W. G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in *DSM-V*. *Clinical Psychology Review*, *24*, 637-662.

Prigerson, H. G., Cherlin, E., Chen, J. H., Kasl, S. V, Hurzeler, R., & Bradley, E. H. (2003). The Stressful Care giving Adult Reactions to Experiences of Dying (SCARED) Scale: A measure for assessing caregiver exposure to distress in terminal care. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *11*(3), 309-319.

Prigerson, H., Ahmed, I., Silverman, G.K., Saxena, A.K., Maciejewski, P.K., Jacobs, S.C., Kasl, S.V., & Hamirani, M. (2002). Rates and risks of Complicated Grief among psychiatric clinic patients in Karachi, Pakistan. *Death Studies*, *26*(10), 781-792.

Prigerson, H. G., & Jacobs, S. C. (2001a). Perspectives on care at the close of life. Caring for bereaved patients: “all the doctor just suddenly goes”. *Journal of the American Medical Association*, *286*, 1369-1376.

Prigerson, H. G., & Jacobs, S. C. (2001b). Diagnostic criteria for traumatic grief: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (eds.), *Handbook of bereavement research*. (pp. 614-646). Washington, DC: APA.

Prigerson, H. G., Jacobs, S. C., & Masure C. (2000). Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death Studies*, *24*(3), 185-199.

Prigerson, H. G., Jacobs, S. C., Beery, L. C. Kasl, S. V., & van Doorn, C. (1998). The influence of marital quality and attachment styles on traumatic grief and depressive symptoms. *Journal of Nervous Mental Disorders*, *186*(9), 566-573.

Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, M. P. H., Reynolds III, C. F., Shear, M. K., Day, N., Beery, L. C., Newsom, J. T., & Jacobs S. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*, *154*(5), 616-623.

Prigerson, H. G., Shear, M. K., Frank, E., & Beery, L. C. (1997). Traumatic grief: A case of loss induced trauma. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 1003-1009.

Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Newsom, J. T., & Jacobs, S. (1996). Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 1484-1486.

Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds III, C. F., Bierhals A. J., Newsom J. T., Fasiczka A., Frank E., Doman J., & Miller M. (1995b). Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, *59*, 65-79.

Prigerson, H.G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S., Houck, P. R., George, C. J., & Kupfer, D. J. (1995a). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, *152*(1), 22-30.

Prigerson, H. G., Reynolds III, C. F., Frank, E., Kupfer, D. J., George, C. J., & Houck, P. R. (1994). Stressful life events, social rhythms, and depressive symptoms among the elderly: An examination of hypothesized causal linkages. *Psychiatry Research*, *51*(1), 33-49.

Pudrovska, T., & Carr, D. (2008). Psychological adjustment to divorce and widowhood in mid- and later life: do coping strategies and personality protect against psychological distress? *Advances in Life Course Research*, *13*, 283-317.

Quilty, L. C., Sellbom, M., Tackett, J. L., & Bagby, R. M. (2009). Personality trait predictors of bipolar disorder symptoms. *Psychiatry Research*, *169*(2), 159-163.

Raes, F., Williams, J. M. G., & Hermans, D. (2009). Reducing cognitive vulnerability to depression: A preliminary investigation of Memory Specificity Training (MEST) in inpatients with depressive Symptomatology. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, *40*, 24-38.

Rando, T. (1992). The increasing prevalence of complicated mourning: the onslaught is just beginning. *Omega*, *26*, 43-59.

Ranger, M. R., & Campbell-Yeo, M. (2008). Temperament and pain response: A review of the literature. *Pain Management Nursing*, *9*(1), 2-9.

Raphael, B., & Martinek, N. (1997). Assessing traumatic bereavement and PTSD. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. (pp. 373-395). NY: Guilford.

Raphael, B., & Nunn, K. (1988). Counselling the bereaved. *Journal of Social Issues*, *44*, 191-206.

Reid, A., & Deauz, K. (1996). Relationship between social and personal identities: segregation or integration. *Journal of Personality and Social Psychology*, *71*, 1084-1091.

Remondet, J. H., & Hansson, R. O. (1987). Assessing a widow's grief: a short index. *Journal of Gerontological Nursing*, *13*, 30-34.

Ren, X. S., Skinner, K., Lee, A., & Kazis, L. (1999). Social support, social selection and self-assessed health status: Results from the veteran's health study in the United States. *Social Science & Medicine*, *48*(12), 1721–1734.

Rennemark, M., & Hagberg, B. (1999). What makes old people perceive symptoms of illness? The impact of psychological and social factors. *Aging and Mental Health*, *3*, 79–87.

Richardson, V. E. (2007). A dual model of grief counselling: findings from the Changing Lives of Older Couples (CLOC) study. Simultanément publié dans *Journal of Gerontological Social Work*, *48*(3/4), 311-329, et, In C. J. Tompkins & A. L. Rosen, *Fostering Social Work Gerontology Competence : A Collection of Papers from the First National Gerontological Social Work Conference*. Haworth, Canada: The Haworth Press.

Richet-Mastrain, L. (2006). L'évolution démographique de la France depuis dix ans. *Données sociales-La société française*, 15-22.

Ricklefs, R. E., & Finch, C. E. (1995). *Aging: a natural history*, New-York: Scientific American Library.

Rigaud, A. S., Bayle, C., Latour, F., Lenoir, H., Seux, M.-L., Hanon, O., & *al.* (2005). Troubles psychiques des personnes âgées. *EMC - Psychiatrie*, *2*(4), 259-281.

Ritsher, J. B., & Neugebauer, R. (2002). Perinatal Bereavement Grief Scale: distinguishing grief from depression following miscarriage. *Assessment*, *9*(1), 31-40.

Robinson, T., & Marwit, S. J. (2006). An investigation of the relationship of personality, coping, and grief involvement among bereaved mothers. *Death Studies*, *30*(7), 677-696.

Rogers, P., Qualter, P., Phelps, G., & Gardner, K. (2006). Belief in the paranormal, coping and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, *41*(6), 1089-1105.

Rogers, R. G. (1995). Marriage, sex, and mortality. *Journal of Marriage and the Family*, *57*, 515-526.

Rousselet, A.-V., Mirabel-Sarron, C., Rusinek, S., Hautekeete, M., Sgard, F., Gelfi, J.-D., & coll. (2008). Relation entre la motivation au changement et les dimensions du Temperament and Character Inventory (TCI) de Cloninger chez des patients alcoolodépendants, dépressifs et anxieux sociaux. *Annales Médico-Psychologiques*, *166*, 741-746.

Rousset, I., Kipman, A., Adès, P., & Gorwood, P. (2004). Personnalité, tempérament et anorexie mentale. *Annales Médico-Psychologiques*, *162*(3), 180-188.

Rubin, S. S. (1993). The death of a child is forever: The life course impact of child loss. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of Bereavement: Theory, Research and Intervention*. (pp. 285-299). Cambridge: Cambridge University Press.

Ryland, E., & Greenfeld, S. (1991). Work stress and well-being: An investigation of Antonovsky's sense of coherence model. Journal of Social Behaviour and Personality, 6, 39–54.

Salthouse, T. A. (1991). *Theoretical Perspectives on Cognitive Aging*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Sandell, R., Blomberg, J., & Larar, A. (1998). The factor structure of Antonovsky's Sense of Coherence Scale in Swedish clinical and non-clinical samples. *Personality and Individual Differences*, *24*, 701-711.

Sanders, C. M. (1999). *Grief: The mourning after, Dealing with adult bereavement* (2nd ed.). New-York: Wiley and Sons.

Sanders, C. M. (1993). Risk factors in bereavement outcome. In M. S. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hansson (Eds). *Handbook of bereavement: theory, research, and intervention*. (pp. 255-267). New-York, US: Cambridge University Press.

Sanders, C. M. (1981). Comparison of younger and older spouses in bereavement outcome. *Omega: Journal of Death and Dying, 11*(3), 217-232.

Sanders, C. M. (1980). Comparison of adult bereavement in the death of spouse, child, and parent. Omega, *10*, 303-313.

Sanders, C. M., Mauger, P. A., & Strong, P. N. (1979). Grief experience inventory. *Omega, Journal of Death and Dying*, *10*, 303-322.

San Martini, P., Roma, P., Sarti, S., Lingiardi, V., & Bond, M. (2004). Italian Version of the Defense Style Questionnaire. *Comprehensive Psychiatry, 45*(6), 483-494.

Santiago-Delefosse, M. (2004). Évaluer la qualité des publications: Quelles spécificités pour la recherche qualitative ? *Pratiques Psychologiques*, *10*(3), 243-254.

Sato, T., Hirano, S., Narita, T., Kusunoki, K., Kato, J., Goto, M., et al. (1999). Temperament and Character Inventory dimensions as a predictor of response to antidepressant treatment in major depression. *Journal of Affective Disorders, 56,* 153–161.

Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Wachter, M., Nehen, H.-G., & Heuft, G. (2004). What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *39*, 227-237.

Schnyder, U., Buechi, S., Sensky, T., & Klaghofer, R. (2000). Antonovsky's Sense of coherence: Trait or state? *Psychotherapy and Psychosomatics*, *69*, 296–302.

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness*. San Francisco, CA: W.H. Freeman.

Shanfield, S. B., Benjamin, A. H., & Swain, B. J. (1984). Parents' reactions to the death of an adult child from cancer. *American Journal of Psychiatry*, *141*(9), 1092-1094.

Shanfield, S. B., & Swain, B. J. (1984). Death of adult children in traffic accidents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *172*(9), 533-538.

Shaver, P. R., & Tancredy, C. M. (2001). Emotion, attachment, and bereavement: A conceptual commentary. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, R. O. Hansson, & H. Schut

(Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. (pp. 63-88). Washington, DC: APA.

Shaver, P. R., Schwartz, J., Kirson, D., & O'Connor, C. (1987). Emotion knowledge: Further exploration of a prototype approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, 1061-1086.

Shear, K., Essock, S., Covell, N., Donahue, S., & Felton, C. J. (2006). Use of clients' self-reports to monitor Project Liberty clinicians' fidelity to a cognitive-behavioral intervention. Psychiatric services, *57*(9), 1320-1323.

Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, *293*(21), 2601-2608.

Shear, K., Frank, E., Foa, E., Cherry, C., Reynolds III, C. F., Vander Bilt, J., & Masters, S. (2001). Traumatic Grief Treatment: A Pilot Study. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 1506-1508.

Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. (pp. 165-173). NY: The Haworth Press.

Sherbourne, C. D., & Stewart, A.L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, *32*(6), 705–714.

Sherman, A. M. (2003). Social relations and depressive symptoms in older adults with knee osteoarthritis. *Social Science & Medicine*, *56*(2), 247–257.

Shiner, R. L., & Caspi, A. (2003). Personality differences in childhood and adolescence: Measurement, development, and consequences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *44*(1), 2-32.

Shiner, R. L., & Masten, A. S. (2002). Transactional links between personality and adaptation from childhood through adulthood. *Journal of Research in Personality*, *36*, 580–588.

Shrout, P. E., & Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and non-experimental studies: New procedures and recommendations. *Psychological Methods*, *7*, 422–445.

Sidmore, K. V. (1999). Parental bereavement: Levels of grief as affected by gender issues. *Omega*, *40*, 351-374.

Siew, T. T., & Chung-Yi, L. (2008). The important role of sense of coherence in relation to depressive symptoms for Taiwanese family caregivers of cancer patients at the end of life. *Journal of Psychosomatic Research*, *64*, 195-203.

Siira, V., Wahlberg, K.-E., Miettunen, J., Läksy, K., & Tienari, P. (2008). MMPI measures as signs of predisposition to mental disorder among adoptees at high risk for schizophrenia. *Psychiatry Research*, *158*(3), 278-286.

Silverman, G. K., Johnson, J. G., & Prigerson, H. G. (2001). Preliminary explorations of the effects of prior trauma and loss on risk for psychiatric disorders in recently widowed people. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *38*, 202-215.

Silverman, G. K., Jacobs, S. C., Kasl, S. V., Shear, M. K., Maciejewski, P. K., Noaghiul, F. S. et al. (2000). Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. *Psychological Medicine*, *30*, 857-862.

Simon, N. M., Shear, K. M., Thompson, E. H., Zalta, A. K., Perlman, C., Reynolds, Ch. F., Frank, E., Melhem, N. M., & Silowash, R. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry*, *48*(5), 395-399.

Simon, N. M., Pollack, M. H., Fischmann, D., Perlman, C. A., Muriel, A. C., Moore, C. W., Nierenberg, A. A., & Shear, M. K. (2005). Complicated grief and its correlates in patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *66*(9), 1105-1110.

Smith, J. M., & Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review*, *29*, 116-128.

Smits, C. H. M., Deeg, D. J. H., & Bosscher, R. J. (1995). Well-being and control in older persons: The prediction of well-being from control measures. *The International Journal of Aging and Human Development*, *40*, 237–251.

Singer, J. A., & Salovey, P. (1993). *The remember self : emotion and memory in personality*. NY: Free Press.

Singh, B., & Raphael, B. (1981). Postdisaster morbidity of the bereaved: a possible role of preventive psychiatry? *Journal of Nervous and Mental Disease*, *169*, 203-212.

Staudinger, U. M. (2001). Life reflection: A social-cognitive analysis of life review. *Review of General Psychology*, *5*,148-160.

Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25(2), 173-180.

Steiger, J. H., Shapiro, A., & Browne, M. W. (1985). On the multivariate asymptotic distribution of sequential chi-square statistics. *Psychometrika*, *50*, 253–264.

Stroebe, M. S., Schut, H., & Stroebe, W. (2006). Who benefits from disclosure? Exploration of attachment style differences in the effects of expressing emotions. *Clinical Psychology Review*, *26*(1), 66-85.

Stroebe, M. S., Folkman, S., Hansson, R. O., & Shut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science and Medicine, 63*, 2440–2451.

Stroebe, M. S., & Schut, H. (2006). Complicated grief: A conceptual analysis of the field. *Omega: Journal of Death and Dying, 52,* 53–70.

Stroebe, W., Schut, H., & Stroebe, M. S. (2005). Grief work, disclosure and counselling: Do they help the bereaved? *Clinical Psychology Review*, *25*, 395-414.

Stroebe, M., Stroeb, W., & Schut, H. (2001). Gender differences in adjustment to bereavement: An empirical and theoretical review. *Review of General Psychology*, *5*, 62-83.

Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W., & Schut, H. (Eds.) (2001). *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping and Care*. Washington, US : APA.

Stroebe, M. S., Van Son, M., Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H., & van den Bout, J. (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychology Review*, *20*(1), 57-75.

Stroebe, M. S., & Schut, H. A. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 1-28.

Stroebe, M. S., van den Bout, J., & Schut, H. A. (1994). Myths and misconceptions about bereavement: the opening of a debate. *Omega*, *29*, 187-203.

Stroebe, M. S., & Stroebe, W. (1993). The mortality of bereavement: A review. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention*. (pp. 175-195). Washington, DC: American Psychological Association.

Stroebe, M. S., Gergen, M. M., Gergen, K. J., & Stroebe, W. (1992). Broken hearts or broken bonds: love and death in historical perspective. *American Psychologist*, *47*, 1205-1212.

Stroebe, W., Stroebe, M. S., & Domittner, G. (1988). Individual and situational differences in recovery from bereavement: A risk group identified. *Journal of Social Issues*, *44*, 143-158.

Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1987). *Bereavement and health*. Cambridge, England: Cambridge University Press (CUP).

Subramanian, S. V., Elwert, F., & Christakis, N. (2008). Widowhood and mortality among the elderly: The modifying role of neighbourhood concentration of widowed individuals. *Social Science and Medicine*, *66*, 873-884.

Suominen, S., Helenius, H., Blomberg, H., Uutela, A., & Koskenvuo, M. (2001). Sense of coherence as a predictor of subjective state of health: Results of 4 years of follow-up of adults. *Journal of Psychosomatic Research*, *50*, 77–86.

Surtees, P. G., Wainwright, N. W. J., & Khaw, K.-T. (2006). Resilience, misfortune, and mortality: evidence that sense of coherence is a marker of social stress adaptive capacity. *Journal of Psychosomatic Research*, *61*, 221-227.

Sutin, A. R., & Gillath, O. (2009). Autobiographical memory phenomenology and content mediate attachment style and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, *56*(3), 351-364.

Svrakic, D. M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2002). Temperament, character, and personality disorders: Etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *106,* 189–195.

Szanto, K., Shear, M. K., Houck, P. R., Reynolds III, C. F., Frank, E., Caroff, K., & Silowash, R. (2006). Indirect self-destructive behavior and overt suicidality in patients with complicated grief. *Journal of Clinical Psychiatry*, *67*(2), 233-239.

Szanto, K., Prigerson, H. G., Houck, P., Ehrenpreis, L., & Reynolds III, C. F. (1997). Suicidal ideation in elderly bereaved: the role of complicated grief. *Suicide & Life-threatening Behavior*, *27*(2), 194-207.

Szoke, A., Schürhoff, F., Ferhadien, N., Bellivier, F., Rouilion, F., & Leboyer, M. (2002). Temperament in schizophrenia: a study of the tridimensional personality questionnaire (TPQ). *European Psychiatry*, *17*, 379-383.

Tang, S. T., & Li, C.-Y. (2008). The important role of sense of coherence in relation to depressive symptoms for Taiwanese family caregivers of cancer patients at the end of life. *Journal of Psychosomatic Research*, *64*, 195-203.

Tanner, B. A. (2007). A Windows program to aid in MMPI-2 interpretation. *Computers in Human Behavior*, *23*(1), 52-57.

Tasca, G. A., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., Demidenko, N., Krysanski, V., Balfour, L., & Bissada, H. (2009). Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences*, *47*(6), 662-667.

Teachman, B. A., Siedlecki, K. L., & Magee, J. C. (2007). Aging and Symptoms of Anxiety and Depression: Structural Invariance of the Tripartite Model. *Psychology and Aging*, *22*(1), 160-170.

Templer, D. I., Ruff, C. F., & Franks, C. M. (1971). Death anxiety: Age, sex, and parental resemblance in diverse populations. *Developmental Psychology*, *4*(1), 108.

Theut, S. K., Jordan, L., Ross, L. A., & Deutsch, S. I. (1991). Caregiver's anticipatory grief in dementia: A pilot study. *International Journal of Aging and Human Development*, *33*, 113-118.

Theut, S. K., Pederson, F. A., Zaslow, M. J., Cain, R. L., Rabinovich, B. A., & Morihisa, J. M. (1989). Perinatal loss and parental bereavement. *American Journal of Psychiatry*, *146*, 635-639.

Thome-Renault, A. (1994). Une théorie pulsionnelle du vieillissement. *L'Information Psychiatrique*, *4*.

Thouez, J.P. (2001). *Territoire et vieillissement*. Paris : Presses universitaires de France, Coll. Médecine et Société.

Toedter, L. J., Lasker, J. N., & Alhadeff, J. M. (1988). The Perinatal Grief Scale: Development and initial validation. *American Journal of Orthopsychiatry*, *58*(3), 435-449.

Tome, M. B., Cloninger, C. R., Watson, J. P., & Isaac, M. T. (1997). Serotonergic autoreceptor blockade in the reduction of antidepressant latency: Personality variables and response to paroxetine and pindolol. *Journal of Affective Disorders, 44,* 101–109.

Tomita, T., & Kitamura, T. (2002). Clinical and research measures of grief: Reconsideration. *Comprehensive Psychiatry*, *43*(2), 95-102.

Tremblay, A. (2006). *Les deuils difficiles: Du deuil pathologique aux problèmes de santé mentale*. 16ème Congrès du Réseau de soin Palliatif du Québec, 24-25 avril 2006, Centre des congrès et hôtel Hilton, Québec, Canada.http://www.reseaupalliatif.org/images/CONGRES_2006/2006_D-18.pdf (Consulté pour la dernière fois 20 mai 2009).

Trouillet, R., & Gély-Nargeot, M.-C. (2009). Mécanismes de défense et dépression du sujet âgé institutionnalisé. *Annales Médico-Psychologiques*, *167*, 119-126.

Tse, W. S., & Yip, T. H. J. (2009). Relationship among dispositional forgiveness of others, interpersonal adjustment and psychological well-being: Implication for interpersonal theory of depression. *Personality and Individual Differences*, *46*(3), 365-368.

Tsygankov, D., Agasaryan, E., & Terekhova, D. (2009). Psychological defences in patients with comorbid panic disorder and alcoholism. *European Psychiatry*, *24*(Supplement 1), 1067.

Tucker, L. R., & Lewis, C. (1973). A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika, 38*, 1-10.

Turner, R.J., & Lloyd, D. A. (1999). The stress process and the social distribution of depression. *Journal of Health and Social Behavior*, *40*(4), 374–404.

Vachon, M. L. S., Rogers, J., Lyall, W. A. L., Rogers, J., Lancee, W. J., Sheldon, A. R., & Freeman, S. J. (1982). Predictors and correlates of adaptation to conjugal bereavement. *American Journal of Psychiatry, 137,* 1380-1384.

Vanderwerker, L. C., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (2006). An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *194*(2), 121-123.

Vargas, L. A., Loya, F., & Hodde-Vargas, J. (1989). Exploring the multidimensional aspects of grief reactions. *American Journal of Psychiatry*, *146*, 1484-1488.

Verbrugge, L. M., & Ascione, F. J. (1987). Exploring the iceberg: Common symptoms and how people care for them. *Medical Care*, *25*(6), 539–569.

Vezina, J., Cappeliez, P., & Landreville, P. (1994). *Psychologie gérontologique.* Montréal: Gaëtan Morin Editeur.

Vignoli, E., & Mallet, P. (2004). Validation of a brief measure of adolescents' parent attachment based on Armsden and Greenberg's three-dimension model. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, *24*(4), 251-260.

Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitivo-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Studies*, *30*, 429-453.

Wakefield, J. C., Schmitz, M. F., First, M. B., & Horwitz, A. V. (2009). The importance of the main effect even within an interaction model: elimination vs. expansion of the bereavement exclusion in the diagnostic criteria depression. *American Journal of Psychiatry*, *4*, 491-492.

Walter, T. (1999). *On bereavement: The culture of grief*. Buckingham: Open University.

Watson, D., & Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the five-factor model. *Journal of Personality*, *64*, 737–774.

Watt, L. M. & Wong, P. T. P. (1991). A taxonomy of reminiscence and therapeuthic implications. *Journal of Gerontological Social Work*, *16*, 37-57.

Wayment, H. A., & Vierthaler, J. (2002). Attachment style and bereavement reaction. *Journal of Loss & Trauma*, *7*, 129-149.

Webster, J. D. (2003). The reminiscence circumplex and autobiographical memory functions. *Memory*, *11*,203-215.

Webster, J. D. (1994). Predictors reminiscence: A lifespan perspective. *Canadian Journal on Aging*, *13*, 66-78.

Webster, J. D. & Haight, B. K. (1995). Memory lane milestones: progress in reminiscence definition and classification. In B. K. Haight & J. D. Webster (eds.), *The Art and Science of Reminiscing: Theory, Research, Methods, and Applications*. (273-286). Washington, DC: Taylor & Francis.

Wei, M., Vogel, D. L., Ku, T., & Zakalik, R. A. (2005). Adult attachment, affect regulation, negative mood, and interpersonal problems: The mediating roles of emotional reactivity and emotional cutoff. *Journal of Counseling Psychology*, *52*, 14–24.

Weiss, R. S. (2001). Griefs, bonds, and relationships. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping and Care*. (pp. 47-62). Washington, US: APA.

Weiss, R. S. (1998). Coping with loss: Separation and other problems that threaten relationships. *British Medical Journal*, *316*(7136), 1011-1013.

Weiss, R. S. (1982). Attachment in adult life. In C. M. Parkes, & J. Stevenson-Hinde (Eds), *The place of attachment in human behavior*. (pp. 171-184). New-York: Basic Books.

Westerman, M. A. (2006). What counts as “good” quantitative research and what can we say about when to use quantitative and/or qualitative methods? *New Ideas in Psychology*, *24*(3), 263-274.

Widiger, T.A, & Seidlitz, L. (2002). Personality, psychopathology, and aging, *Journal of Research in Personality*, *36*(4), 335-362.

Widlöcher, D. (Dir.) (1994). *Traité de Psychopathologie*. Paris: PUF.

Wijngaards de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, H., & Dijkstra, I. (2007). Neuroticism and attachment insecurity as predictors of bereavement outcome. *Journal of Research in Personality*, *41*(2), 498-505.

Wolff, A. C., & Ratner, P. A. (1999). Stress, social support, and sense of coherence. *Western Journal of Nursing Research*, *21*, 182–197.

Worden, J. W. (1991). Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner. New-York: Springer.

Wortman, C., & Silver, R. (2001). The myths of coping with loss revisited. In M. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe, and H. Schut (Eds), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. (pp. 405–429). Washington, DC: American Psychological Association.

Wortman, C. B., & Silver, R. C. (1989). The myth of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical*, *57*, 349-357.

Workman, S. (2009). Prolonged Grief Disorder: A Problem for the Past, the Present, and the Future. *PLoS Med, 6*(8).

Xiao, Z. (2008). Sensation seeking and impulsivity: The direct and indirect effects on adolescent marijuana use. *Journal of Substance Use*, *13*, 415-433.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. B., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, *17*, 37-49.

Yoon, S. J., Jun, C. S., An, H.-Y., Kang, H. R., & Jun, T.-Y. (2009). Patterns of temperament and character in patients with posttraumatic stress disorder and their association symptom severity. *Comprehensive Psychiatry*, *50*, 226-231.

Youngblut, J. M., Brooten, F., Blais, K., Hannan, J., & Niyonsenga, T. (2009 in press). Grandparent's Health and Functioning After a Grandchild's Death. *Journal of Paediatric Nursing*.

Yun, J., Neiderhiser, J. M., Spotts, E. L., Pedersen, N. L., Lichtenstein, P., Hansson, K., & al. (2008). The role of temperament and social support in depressive symptoms: A twin study of mid-aged women. *Journal of Affective Disorders*, *106*, 99-105.

Zech, E. (2006). *Psychologie du deuil, Impact et processus d'adaptation au décès*. Wavre, Belgique: Mardaga.

Zeiss, A. M., & Steffen, A. (1996). Treatment issues with elderly clients. *Cognitive and Behavioral Practice*, *3*, 371-389.

Zirkel, S., & Cantor, N. (1990). Personal construal of life tasks: those who struggle for independence. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*, 172-185.

Zisook, S., Shuchter, S. R., Pedrelli, P., Sable, J,.& Deaciuc, S. C. (2001). Bupropion sustained release for bereavement: Results of an open trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, *62*(4), 227-230.

Zisook, S., Chentsova-Dutton, Y., & Shuchter, S.R. (1998). PTSD following bereavement. *Annals of Clinical Psychiatry, 10,* 157-163.

Zisook, S., Shuchter, S.R., & Sledge, P.A. (1994a). Diagnostic and treatment considerations in depression associated with late-life bereavement. In L. S. Schneider, C.F. Reynolds, B. D. Lebowitz, & A. J. Friedhoff (Eds.), Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life. (pp. 419–436). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Zisook, S., & Schuchter, S. (1993). Uncomplicated bereavement. *Journal of Clinical Psychiatry*, *54*, 365-372.

Zisook, S., & Schuchter, S. (1991). Depression through the first year after the death of a spouse. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 1346-1352.

Zisook, S., Schneider, D., & Schuchter, S. (1990). Anxiety and bereavement. *Psychiatric Medicine*, *8*, 583-596.

Zisook, S., & Schuchter, S. R. (1985). Time course of spousal bereavement. *General Hospital Psychiatry*, *7*, 95-100.

Zisook, S., DeVaul, R. A., & Click, M. A. (1982). Measuring symptoms of grief and bereavement. *American Journal of Psychiatry*, *139*, 1590-1593.

Zuckoff, A., Shear, K., Frank, E., Daley, D. C., Seligman, K., & Silowash, R. (2006). Treating complicated grief and substance use disorders: A pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *30*(3), 205-211.

Zygmont, M., Prigerson, H. G., Houck, P. R., Miller, M. D., Shear, M. K., Jacobs, S., & Reynolds III, C. F. (1998). A post hoc comparison of paroxetine and nortriptyline for symptoms of traumatic grief. *Journal of Clinical Psychiatry*, *59*(5), 241-245.