

## La mort chez l'enfant Children and death

Andrée Girouard-Archambault

Volume 7, numéro 2, novembre 1982

Mourir

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030138ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030138ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Girouard-Archambault, A. (1982). La mort chez l'enfant. *Santé mentale au Québec*, 7(2), 47–52. <https://doi.org/10.7202/030138ar>

Résumé de l'article

Il ne semble ni possible ni souhaitable de cacher la mort à l'enfant. Cette réalité fait partie de la vie et tôt ou tard l'enfant aura à y faire face. Une attitude naturelle peut aider l'enfant à connaître la mort graduellement et sans trop d'angoisse. Pour être capable d'écouter l'enfant et de répondre à ses questions, l'adulte doit apprendre à reconnaître sa propre angoisse face à la mort et il doit pouvoir en parler librement. Cette attitude franche et ouverte facilite grandement le dialogue avec l'enfant lorsqu'il devient malade ou lorsqu'il perd un être aimé.

*Andrée Girouard-Archambault\**

---

Il ne semble ni possible ni souhaitable de cacher la mort à l'enfant. Cette réalité fait partie de la vie et tôt ou tard l'enfant aura à y faire face. Une attitude naturelle peut aider l'enfant à connaître la mort graduellement et sans trop d'angoisse. Pour être capable d'écouter l'enfant et de répondre à ses questions, l'adulte doit apprendre à reconnaître sa propre angoisse face à la mort et il doit pouvoir en parler librement. Cette attitude franche et ouverte facilite grandement le dialogue avec l'enfant lorsqu'il devient malade ou lorsqu'il perd un être aimé.

Les adultes ont tendance à considérer que les enfants ne connaissent rien à la mort, qu'ils ne peuvent pas la comprendre, qu'ils l'oublient vite. Si les enfants n'en parlent pas, c'est souvent parce que la parole et le comportement des adultes les réduisent au silence. Pour les adultes, la mort est un cauchemar dont ils préfèrent ne pas parler, mais les très jeunes enfants n'en ont généralement pas peur. L'enfant normal, qui a des parents «suffisamment bons», se sent protégé par son entourage et n'éprouve aucune crainte devant la mort. C'est en grandissant que l'enfant apprend à craindre la mort. Très tôt, la mort tient une grande place dans les fantasmes de l'enfant et dans sa vie de tous les jours, à travers les jeux, les histoires, les émissions de télévision. Malgré cela, les parents d'aujourd'hui discutent beaucoup plus librement de la sexualité que de la mort avec leurs enfants. Si la sexualité n'est plus un sujet tabou, la mort reste un sujet que les parents évitent d'aborder non seulement avec leurs enfants mais aussi avec d'autres adultes.

Toutefois, on ne peut cacher indéfiniment cette dure réalité car il vient un moment où les enfants meurent eux aussi ou encore perdent des êtres qui leur sont chers. Que peut-on leur apprendre sur la mort, ou plutôt, qu'est-ce que les enfants peuvent nous apprendre sur ce sujet qui nous angoisse

tant, pour nous aider à moins la craindre, à l'intégrer davantage dans notre vie?

Cet article traite de la mort chez l'enfant sous deux principaux aspects : en premier lieu, il traite de la mort chez l'enfant qui va mourir et, en second lieu, de la mort chez l'enfant en deuil.

### CES ENFANTS QUI VONT MOURIR

Il y a quelques années, alors que je venais d'être affectée au service de pédiatrie en psychosomatique, on m'a demandé de rencontrer une maman qui se sentait tellement désespérée depuis l'annonce d'un diagnostic de leucémie chez sa fille de 8 ans, qu'elle se mettait à pleurer ou à crier chaque fois qu'on touchait à son enfant. Son attitude provoquait, à chaque traitement, une réaction de panique chez la fillette et chez le personnel qui, parfois, ne parvenait pas à lui donner une injection.

Ce fut le début d'une collaboration entre l'équipe soignante et les parents pour le traitement d'autres cas d'enfants atteints de leucémie et dont l'âge variait de 4 à 14 ans. Ce fut aussi le début de réflexions et de lectures sur la façon dont un enfant gravement malade pouvait se représenter la mort. Quelle conception avait-il de la mort? Dans quelle mesure était-il conscient qu'il était atteint d'une maladie létale?

Que je me réfère à mon expérience personnelle ou aux auteurs consultés, un fait semble certain : malgré tous les efforts déployés pour cacher l'issue mortelle de leur maladie, la plupart des enfants

---

\* L'auteure est travailleuse sociale au service de psychosomatique, hôpital du Sacré-Cœur.

finissent par avoir une connaissance claire de leur mort à venir. L'enfant se sent différent des autres enfants; il se sent isolé par sa maladie, par ses hospitalisations et par l'attention spéciale dont il est l'objet de la part de ses parents ou de son entourage. Et surtout, il est conscient qu'il ne guérit pas.

P., une fillette de 12 ans, dont la maladie évolue depuis 3 ans et qui connaît des rémissions de moins en moins longues, me dit, lors d'une de ses dernières hospitalisations : «Me voilà encore à l'hôpital, je n'ai passé qu'un mois à la maison et je n'ai même pas pu retourner à l'école. Les médecins n'ont encore rien trouvé pour me guérir, tu vois bien que je vais mourir.»

On observe chez P., comme chez la plupart des enfants gravement malades, une réelle accélération de la maturité psychologique. Même très jeunes, les enfants s'intéressent aux soins, aux examens et connaissent les noms des médicaments. Ils posent des questions précises, rien ne leur échappe. Beaucoup d'adultes sont étonnés par leur lucidité. Myra Bluebond-Langner (1974) affirme que tous les enfants atteints de leucémie (en bas de 14 ans) qu'elle a observés savaient qu'ils avaient une maladie grave. Plusieurs, parmi les plus âgés, savaient que leur maladie était mortelle. Que dire et que répondre à ces enfants «qui savent»? Dans quelle mesure doit-on les informer de la gravité de leur maladie et de son issue? Ce sont ces questions que les soignants et les parents posent le plus souvent. La seule question devrait plutôt être : quand et comment partager ce savoir avec eux?

Dans le service où je travaillais, les parents connaissaient le diagnostic et le pronostic et étaient tenus au courant, par le médecin, des traitements utilisés et de l'évolution de la maladie. Je devais donc, dans un premier temps, chercher à connaître l'attitude prise par les parents et, par la suite, discuter avec eux de la meilleure attitude à prendre. Dans les cas où les parents évitent de parler de la maladie, ces entretiens peuvent les aider à prendre conscience des motifs de leur silence et permettent parfois de rétablir une communication perdue ou faussée. Quant à ce qu'il faut dire à l'enfant, il n'existe pas de règle précise sinon que, dans chaque cas, il faut prendre en considération la demande de l'enfant (par

exemple, ses questions), son âge, la gravité de son état et son milieu familial.

Selon la plupart des auteurs, on doit à tout prix éviter d'adopter le mutisme complet. Cette attitude élude toute question de l'enfant concernant sa maladie et contribue à créer une atmosphère de complot intenable. L'enfant comprendrait vite qu'il doit lui aussi garder cette consigne du silence pour ne pas inquiéter davantage ceux qu'il aime. La meilleure façon de faire face aux besoins émotionnels de l'enfant gravement malade est de créer une atmosphère de confiance dans son entourage; un enfant mis en confiance n'hésite pas à poser des questions car il sait qu'on lui fournira des réponses honnêtes. Un peu comme en ce qui a trait à la sexualité, il faut permettre à l'enfant de poser des questions et donner les réponses appropriées à son âge et à sa compréhension; il faut aussi ne pas en dire plus que ce qui est demandé.

Lorsque P. me dit qu'elle savait qu'elle allait mourir, elle me défendit d'en parler à sa mère : «Je te dis ces choses à toi mais je ne pourrais pas les dire à ma mère, elle se mettrait à pleurer et me ferait taire.» Nous étions en novembre. Elle aura une courte rémission qui lui permettra de passer la Noël chez elle. Hospitalisée de nouveau en janvier, elle mourra à la fin du mois. Mais à la mi-janvier, à l'occasion de son treizième anniversaire, elle raconta à sa mère un rêve dans lequel elle avait vu la Vierge Marie lui sourire et l'appeler auprès d'elle. Ce rêve a grandement apaisé la mère et l'a aidée à supporter la mort de sa fille. Pour P., qui avait toujours été près de sa mère et qui souffrait du silence et de la détresse de cette dernière, ce rêve n'a-t-il pas été un moyen symbolique de lui dire qu'elle savait ce qui l'attendait. Il est vrai que P. était douée d'une grande intelligence et possédait une maturité au-dessus de son âge; elle connaissait aussi la grande foi de sa mère. Mais comment a-t-elle su trouver ces mots pour l'apaiser et la consoler?

À l'opposé, on doit aussi éviter l'attitude qui consiste à révéler, pour le principe, le diagnostic et le danger couru, comme pour se décharger soi-même d'un poids trop lourd; cette attitude risque d'écraser l'enfant et d'annihiler chez lui tout désir de lutter.

Certains enfants posent directement la question : «Vais-je mourir?» En pareil cas, il est préférable de ne pas éluder cette probabilité avec l'enfant

car le silence et les faux-fuyants pourraient devenir plus angoissants que la réponse. C'est en écoutant et en faisant préciser les questions que l'enfant pose sur sa propre mort qu'on a le plus de chance de trouver une façon de lui répondre. Bien plus que la réponse, c'est la capacité des parents de parler à leur enfant qui donne à ce dernier l'entière assurance qu'ils sauront l'accompagner jusqu'à la fin.

Quelle conception ces enfants ont-ils de la mort? On a beaucoup dit et écrit sur la conception de la mort chez l'enfant qui se porte bien, mais on en sait bien peu sur la conception de la mort chez l'enfant qui est gravement atteint dans son corps. À partir de la constatation générale que l'enfant a une connaissance au moins implicite de la gravité de son état, la plupart des auteurs s'interrogent surtout sur l'attitude à prendre pour aider l'enfant à faire face à ses peurs et à ses angoisses. Peurs et angoisses de souffrir, d'être davantage malade, d'être séparé des leurs. Dès l'âge de 2 ans, l'enfant perçoit que son corps le fait souffrir et que ses parents sont incapables de le protéger. Il peut se sentir abandonné par l'absence ou l'impuissance des parents. À partir de 5 ans, il peut voir dans la maladie, et le fait qu'il ne guérit pas, la punition d'une faute qu'il aurait pu commettre. Chez les enfants plus âgés surtout, la mort semble plutôt perçue comme la cessation de toute souffrance.

## LA FAMILLE DE L'ENFANT QUI VA MOURIR

L'attitude des parents peut grandement aider l'enfant à affronter la souffrance, la séparation et l'angoisse. Cette attitude devrait en être une d'acceptation et de calme devant l'inévitable; l'enfant vit alors dans une ambiance plus sereine et, durant une période de rémission, il a davantage l'impression de retourner à une vie normale. Lorsqu'ils sont confrontés à la maladie mortelle de leur enfant, les parents souffrent d'une blessure profonde. Ils sont eux aussi envahis par le chagrin, la colère, la culpabilité et la peur. La mort d'une personne âgée et malade est en général assez bien acceptée car elle fait partie de l'ordre des choses. Mais la mort d'un enfant est la chose la plus cruelle et la plus difficile à accepter psychologiquement par les parents. Comment les aider à traverser une

telle épreuve? Les parents doivent tout d'abord affronter la réalité du diagnostic et du pronostic. Puis commencent les traitements. Ils sont alors traumatisés par les effets secondaires des traitements, par l'hospitalisation, par le contact avec les autres enfants plus atteints. Ils en viennent à se sentir aussi menacés dans leur vie que leur enfant. Ce sentiment peut se traduire au début par un refus de comprendre ce qui se passe, comme si ne pas savoir efface la dure réalité. Si la thérapeute intervient pour faciliter la communication, l'acceptation de la réalité et une meilleure relation de partage entre les membres de la famille, certaines de ces difficultés peuvent s'atténuer.

Les mères, qui ont le plus souvent la tâche d'assurer les soins physiques à leur enfant ainsi qu'une présence constante, éprouvent le besoin d'exprimer leur peur et leur révolte. En laissant ainsi la mère s'exprimer franchement, la thérapeute peut lui offrir un support approprié au moment où surgissent des difficultés. Beaucoup de mères, qu'elles l'expriment directement ou pas, se sentent angoissées par le sentiment de ne pas être assez bonnes envers leur enfant, assez efficaces. Elles entrent souvent en conflit avec les infirmières.

La mère de V., révoltée par la maladie de sa fille de 5 ans, ne veut parler à personne. Lors de la première hospitalisation, elle se montre hostile et agressive envers le personnel infirmier lequel réagit mal. Il me faudra intervenir auprès du personnel pour qu'on respecte la réaction de cette mère. Les infirmières avouent qu'elles sont tellement habituées à recevoir de la collaboration et des témoignages de reconnaissance de la part des parents que l'attitude de la mère de V. les indispose. Elles se montreront plus compréhensives et l'agressivité de madame diminuera. Cette mère était très chaleureuse envers son enfant mais aussi très exclusive.

Quant aux pères, on remarque souvent leur absence. Même si cette absence peut parfois être l'indice d'une fuite devant les responsabilités ou de difficultés dans le couple, elle correspond à la réalité. Les pères sont souvent accaparés par leur travail à l'extérieur et peu habitués à donner des soins corporels. Pour eux aussi, il faut chercher à comprendre ce que représente cette atteinte au niveau de leur vécu personnel. En général, les hommes semblent avoir plus de difficulté à accepter la mort de leur enfant, et à s'y préparer.

Peut-être leur éducation les a-t-elle moins habitués que les femmes à parler ouvertement de leurs sentiments. Même s'ils ne l'expriment pas, les pères sont profondément touchés par la maladie de leur enfant et en proie à un sentiment d'impuissance et d'exclusion. Les mères sont tellement absorbées par les soins quotidiens donnés à leur enfant malade qu'elles comptent sur leur époux pour jouer le rôle de protecteur de la famille. Les réactions de fuite ou de négation d'un père peuvent créer des tensions pour tous.

Le père de J., benjamin d'une famille de 7 enfants, s'est enivré le jour où il a appris le diagnostic. Au moment où son épouse m'en parle, il y a déjà un an et demi que cette situation dure : «Je pense dit-elle, qu'il n'a pas eu un moment de sobriété depuis, et il refuse d'accepter la réalité.» Quelques années auparavant, ces parents avaient perdu brusquement un garçon de 4 ans, renversé par une voiture. Cette deuxième perte devenait insupportable pour le père.

Lorsque l'enfant sort de l'hôpital, on recommande de lui faire reprendre la vie la plus normale possible, et même de le retourner à l'école si son état le permet. Mais devant l'éventualité d'une mort prochaine, la tentation est forte de surprotéger l'enfant. Même si ce dernier réclame une telle attention en raison des avantages immédiats qu'il en retire, il faut éviter de succomber à la tentation. Cela ne fera qu'angoisser davantage l'enfant. La surprotection peut en outre être la source de conflits et de perturbations dans la fratrie. En effet, les ouvrages traitant de ce sujet et les entretiens avec les familles montrent que la fratrie est toujours atteinte. Comment sensibiliser les parents aux besoins des enfants bien portants surtout lorsque le petit malade est de nouveau hospitalisé et qu'il réclame la présence de la mère. Les autres aussi la réclament et vivent son absence comme un rejet. Elle se sent déchirée et il ne lui est pas toujours possible de trouver un substitut. Certaines ressentent même de l'agressivité parce qu'elles ne peuvent, à cause des contraintes familiales, se consacrer en exclusivité à celui qu'elles vont bientôt perdre.

À mesure que la maladie de leur enfant évolue, les parents tentent de se protéger au moyen de mécanismes de défense d'autant plus difficiles à identifier qu'il existe un décalage entre la réalité

vécue et le pronostic. Je pense à ce garçon souffrant de leucémie, qui avait eu une première atteinte à l'âge d'un an et demi. La rémission qui suivit dura presque cinq ans. Les parents en étaient venus à croire à une guérison. La rechute fut pour eux un choc terrible, comme si cette éventualité avait été rejetée et ne faisait plus partie de leur réalité.

Parmi les mécanismes de défense, on retrouve le «blocage de la vie imaginaire». C'est une des réactions les plus souvent exprimées : «On vit au jour le jour, on ne pense pas trop loin.» L'avenir contient la mort de l'enfant, il faut éviter d'y penser. En temps normal, les parents se projettent dans l'avenir de leur enfant. C'est pourquoi sa mort est ressentie comme une mutilation réelle qui met en danger leur organisation psychique. Un autre mécanisme fréquent est la dénégation. La dénégation aide à maîtriser l'angoisse en refoulant la représentation de la mort : cette attitude ne va pas, sauf en de rares exceptions, jusqu'au refus de faire soigner l'enfant. La rémission, si elle dure un peu, devient une guérison, le pronostic a tendance à être oublié. La ritualisation est un autre mécanisme auquel peu de parents échappent. Beaucoup de mères en viennent à limiter leurs intérêts aux visites à l'hôpital, aux examens, aux rituels thérapeutiques, poussant même leur façon d'agir jusqu'à l'obsession. Comme si cette fragmentation du réel, cette maîtrise de tout ce qui est lié à la maladie, permettait de repousser le futur. La ritualisation apporte une réelle protection et l'enfant aussi l'utilise d'emblée.

La période terminale est une autre phase critique pour les parents. La réalité de la mort, brusquement, vient briser ces mécanismes protecteurs. L'épuisement émotionnel peut alors provoquer une décompensation chez les parents qui jusque-là avaient réussi à maintenir un certain équilibre et à bien répondre aux besoins de l'enfant. On observe des réactions ouvertes ou camouflées d'abandon ; certains parents ne supportent plus de rester auprès de leur enfant malade, de le voir souffrir, d'autres souhaitent même que la mort vienne mettre un terme à ses souffrances puisqu'il n'y a plus d'espoir.

Le jour du décès de V., sa mère est venue se réfugier dans mon bureau, se disant incapable d'assister à l'agonie de sa fille inconsciente depuis

la veille. Elle m'a parlé longuement de sa rage, de sa révolte, de sa non-acceptation d'une mort aussi injuste. En même temps, elle se sentait mauvaise mère, elle se croyait coupable de ne pas avoir la force de rester auprès de sa fille, de souhaiter qu'elle meure au plus vite pour ne plus la voir souffrir.

En cette période critique, le support émotionnel (surtout une grande capacité d'écoute) constitue peut-être le seul moyen de prévenir ou de prévoir un deuil pathologique : «La seule chose à faire, dit Elizabeth Kübler-Ross, est d'écouter et de suivre l'évolution des problèmes qui changent d'heure en heure» (E. Kübler-Ross, 1977, 94). Cette simple écoute est importante. Elle crée un lien avec les parents et peut les amener à recourir ultérieurement à une thérapie pour eux ou un enfant de la famille.

## LE DEUIL CHEZ L'ENFANT

Lorsqu'un enfant perd un être qui lui est cher, il a besoin plus que jamais de l'attention et de l'affection de son entourage pour comprendre et être rassuré. Mais les parents sont tellement préoccupés par leur propre chagrin qu'il leur est parfois impossible de prêter attention aux sentiments et aux besoins de leur enfant. Souvent l'enfant est incapable de trouver des réponses valables à ses questions. «Le plus grand dommage pour l'avenir de l'enfant n'est pas la perte d'un parent mais le fait qu'aucune parole de l'entourage ne soit venue lui permettre de nommer l'événement, de le métaboliser et de le faire entrer dans son histoire.» (Raimbault, 1976, 12).

La mortalité dans la famille a des répercussions sur l'enfant, répercussions qui concernent aussi bien la perte de l'être cher que la réaction des survivants. Les répercussions dans la vie de l'enfant seront différentes selon qu'il perd un parent (le père, la mère, ou les deux à la fois) ou selon qu'il perd un frère, une sœur ou un parent plus éloigné. S'il perd un parent, l'enfant perd à la fois un objet d'amour et un support à son identification. S'il perd un frère ou une sœur, l'enfant sera surtout confronté à la douleur de ses parents. Au deuil qu'il a à faire s'ajoute la détresse de ses parents.

Pour la plupart des auteurs, on ne peut véritablement parler de «travail du deuil» chez un

enfant qui n'a pas atteint le stade de l'acquisition du langage. La mort est plutôt perçue comme une séparation prolongée. À cet âge, c'est souvent la perte de la mère qui risque d'entraîner des effets désastreux sur le devenir de l'enfant. Avant six mois, l'enfant présente des signes de détresse mais peut s'adapter à un substitut adéquat. Sa réaction dépendra surtout de la stabilité de ce substitut et du discours que la famille tient à propos de cette mort. Mais dès six mois, alors que l'enfant reconnaît sa mère comme une personne entière et différente de la sienne, toute séparation prolongée entraîne les effets immédiats décrits par Bowlby : phase de protestation, de révolte, de colère qui peut durer plusieurs semaines, suivie d'un état de désespoir, de retrait, d'apathie, de pleurs monotones. G. Raimbault souligne aussi que la durée et l'intensité des différents signes de détresse, que l'enfant de six à dix-huit mois présente après la séparation-disparition de sa mère, varient selon qu'il aura ou non un substitut et que ce substitut comprendra ou non sa détresse et y répondra : «L'enfant qui ne parle pas, dit l'auteur, ne connaît pas la mort, il connaît l'absence» (Raimbault, 1976, 12).

Puis, avec l'acquisition du langage et de la symbolisation, l'enfant commence à percevoir la mort comme une disparition définitive ; il fait la distinction entre l'animé et l'inanimé, il acquiert la notion du temps et les rapports de cause à effet. L'évolution dans la compréhension du phénomène peut varier d'un enfant à l'autre. Entre trois et cinq ans, l'enfant perçoit la mort comme un départ, il croit que le mort vit dans d'autres circonstances. Entre cinq et neuf ans, l'enfant perçoit la mort comme une personne à qui on peut échapper si on ne la rencontre pas. Ce n'est qu'après neuf ans environ que son caractère inévitable et définitif est reconnu. Selon Héléne Deutsch (1937), un enfant de deux à trois ans peut saisir le concept de la mort, celui de trois ans et demi à quatre ans peut faire un deuil. D'où, selon elle, l'importance d'encourager les parents à transmettre aux enfants, dès ce jeune âge, la notion de la mort comme faisant partie de la vie.

On a beaucoup dit et écrit sur les différents problèmes, tant somatiques que psychiques, que la perte d'un être cher peut causer à un enfant surtout lorsque le travail du deuil n'a pas été

possible. Bien des adultes ont tendance à croire qu'un enfant ne comprend pas ce qu'est la mort, qu'il ne réalise pas ce qui arrive, qu'il est trop jeune pour qu'on lui en parle. En même temps, on lui demandera, sans plus d'explications, de respecter la douleur de ses parents.

Monsieur S. et Madame N. viennent en consultation pour leur fille de 5 ans souffrant d'asthme. Monsieur X. dit qu'il a de la difficulté à communiquer avec les siens à cause du silence qui a entouré son enfance. Chez lui, on ne parlait pas des événements heureux, encore moins des événements malheureux, devant les enfants. Il avait environ six ans lorsque son frère, d'un an son aîné, meurt de la leucémie. Lors de la première hospitalisation, le jeune S. s'informe de l'état de son frère et on lui répond qu'il est en visite chez un oncle. Le frère reviendra passer quelques mois à la maison et les parents diront à S. de ne pas le bousculer, et de lui prêter tous les jouets qu'il désire. Le jeune S. ne comprend pas, d'autant plus que son frère est plus costaud et profite de la situation. Le frère mourra peu après à l'hôpital sans que les parents n'en parlent aux enfants. Ces derniers n'ont pas connaissance des funérailles, tout est fait dans le plus grand secret. Quelques mois plus tard, S. demande à sa mère à quel moment son frère reviendra. Sa mère se met à pleurer et une tante qui demeurait avec eux lui dit qu'il est méchant de faire pleurer sa mère. Sa mère pleurait souvent, se souvient-il, et il se sentait responsable de son chagrin. S. mettra du temps à comprendre que son frère est mort et gardera cette découverte pour lui seul.

L'enfant a besoin d'une personne de confiance pour l'aider à surmonter la perte qu'il subit. Si l'entourage refuse de l'entendre, il inhibe sa curiosité, et est en proie à l'angoisse et à la peur de la mort. Au contraire, si l'entourage accepte de répondre à ses questions, l'enfant se sentira à l'aise pour exprimer ses sentiments. Cette dernière attitude est la seule qui puisse amener l'enfant à considérer la perte comme irrémédiable (à désinvestir graduellement l'être perdu) et à réorganiser sa vie intérieure.

## CONCLUSION

Il ne semble ni possible ni souhaitable de cacher la mort à l'enfant. Cette réalité fait partie de la vie et tôt ou tard l'enfant aura à y faire face. Une attitude naturelle peut aider l'enfant à connaître la mort graduellement et sans trop d'angoisse. Pour être capable d'écouter l'enfant et de répondre à ses questions, l'adulte doit apprendre à reconnaître sa propre angoisse face à la mort et il doit pouvoir en parler librement. Cette attitude franche et ouverte facilite grandement le dialogue avec l'enfant lorsqu'il devient malade ou lorsqu'il perd un être aimé.

## RÉFÉRENCES

- BLUEBOND-LANGNER, M., 1974, I Know, Do You?, A Study of Awareness, Communication and Coping in Terminally Ill Children, in *Anticipatory Grief*, B. Schenberg et al., Eds., Columbia Press, New York and London.
- DE M'UZAN, M., 1977, Le travail au trépas, in *De l'Art à la Mort*, Paris, Gallimard, Connaissance de l'Inconscient.
- DEUTSCH, H., 1937, Absence of Grief, in *Anticipatory Grief*, B. Schenberg et al., Eds., Columbia University Press, New York.
- KÜBLER-ROSS, E., 1969, *On Death and Dying*, MacMillan Publishing Co., New York.
- KÜBLER-ROSS, E., 1977, *La mort : Dernière étape de la croissance*, Éditions Québec Amérique, Montréal.
- PRICHARD, E.R., 1974, The Social Worker's Responsibility, in *Anticipatory Grief*, B. Schenberg et al., Eds., Columbia University Press, New York and London.
- RAIMBAULT, G., 1976, *L'enfant et la mort*, Edouard Privat, Paris.

## SUMMARY

It seems neither possible nor desirable to hide death from the child. This element of reality is a part of life, and sooner or later the child will have to face it. A natural attitude can help the child to become aware of death gradually and without too much anguish. To be able to listen to the child and to reply to his questions, the adult must learn to recognize his own anguish in relation to death, and be able to speak openly of it. Such a frank and open attitude greatly facilitates dialogue with the child when he becomes sick or when he loses a loved one.