

Deuil ou dépression ? Réflexion critique sur la définition de la dépression du DSM 5

Valérie Bourgeois-Guérin

Volume 26, numéro 1-2, 2014–2015

Vivre avec la mort au travail

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1034388ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1034388ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1916-0976 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Bourgeois-Guérin, V. (2014). Deuil ou dépression ? Réflexion critique sur la définition de la dépression du DSM 5. *Frontières*, 26(1-2).
<https://doi.org/10.7202/1034388ar>

Résumé de l'article

Les similarités et différences entre les états de deuil et de dépression font l'objet de réflexions depuis fort longtemps. Le DSM, un manuel de diagnostic psychiatrique très populaire, propose une liste de critères permettant de distinguer les deux états. Dans le DSM IV (APA, 2000) un critère d'exclusion invitait les cliniciens à ne pas diagnostiquer de dépression à une personne en deuil depuis moins de 2 mois, sauf exception. Or, dans la nouvelle version du manuel, le DSM 5 (APA, 2013), des changements ont été apportés à la définition de la dépression. Le critère d'exclusion du deuil, notamment, a été retiré, ce qui a suscité de nombreuses réactions. Dans cet article nous effectuons un survol des modifications apportées et réfléchissons aux forces et faiblesses de celles-ci, ainsi que, plus largement, aux débats et implications que suscite ce changement pour les travailleurs.

Articles

Deuil ou dépression ? Réflexion critique sur la définition de la dépression du DSM 5

Valérie BOURGEOIS-GUÉRIN

Professeure, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Résumé

Les similarités et différences entre les états de deuil et de dépression font l'objet de réflexions depuis fort longtemps. Le DSM, un manuel de diagnostic psychiatrique très populaire, propose une liste de critères permettant de distinguer les deux états. Dans le DSM IV (APA, 2000) un critère d'exclusion invitait les cliniciens à ne pas diagnostiquer de dépression à une personne en deuil depuis moins de 2 mois, sauf exception. Or, dans la nouvelle version du manuel, le DSM 5 (APA, 2013), des changements ont été apportés à la définition de la dépression. Le critère d'exclusion du deuil, notamment, a été retiré, ce qui a suscité de nombreuses réactions. Dans cet article nous effectuons un survol des modifications apportées et réfléchissons aux forces et faiblesses de celles-ci, ainsi que, plus largement, aux débats et implications que suscite ce changement pour les travailleurs.

Mots-clés: Deuil; Dépression; DSM 5; Diagnostic; Emploi

Abstract

Similarities and differences between bereavement and depression have been subject of discussions for a long time. The DSM, a very popular manual of psychiatric diagnosis, presents a list of criteria to distinguish the two states. In the DSM IV (APA, 2000) an exclusion criterion invited clinicians not to diagnose depression to a person that has been mourning for less than 2 months, with some exceptions. In the new version of the manual, the DSM 5 (APA, 2013), changes were made to the definition of depression. The bereavement exclusion criterion has been removed, which has provoked many reactions. In this article, we provide an overview of the changes made to the DSM 5, reflect on the strengths and weaknesses of these changes, and on their implications for workers.

Keywords: Bereavement; depression; DSM 5; diagnosis

Je suis le Ténébreux - le Veuf, - l'Inconsolé,
Le Prince d'Aquitaine à la Tour abolie :
Ma seule Étoile est morte, - et mon luth constellé
Porte le Soleil noir de la Mélancolie.

« *El Desdichado* », Nerval, 1853, rapporté dans Kristeva, 1987, p.152

Le deuil et la dépression... éclairés par le même soleil noir ?

Les similarités entre les états de deuil et de dépression font l'objet de réflexions depuis plus d'un siècle. Le soleil noir de la mélancolie que dépeignait Nerval dans son poème « *El Desdichado* » brille quelquefois de la même manière pour l'endeuillé et le dépressif, le veuf et le mélancolique (rapporté dans Kristeva, 1987). C'est que la tristesse vécue lorsque l'on perd un être cher est souvent tellement puissante qu'elle semble faire écho aux souffrances de la dépression. En psychologie, plusieurs penseurs ont étudié ces deux états et présenté des analyses qui ont permis de mieux comprendre le deuil et la dépression, souvent un à la lumière de l'autre. Freud, notamment, a effectué une étude fort riche de ces deux états dans son célèbre texte « Deuil et mélancolie » (Freud, 1917, éd. 1968)¹. Le chemin ouvert par ses analyses fut ensuite emprunté par d'autres penseurs et les problèmes soulevés par cette question continuent d'alimenter les écrits de plusieurs (ex. Klein, 1947; Abraham *et al.*, 1968; Kristeva, 1987; Zissok, *et al.*, 2013)². Dans le domaine des études sur la mort, les thématiques conjointes du deuil et de la dépression ont également fait l'objet d'écrits et de réflexions (Bacqué, 2006; Hanus, 2006; Kübler-Ross, 1975). Là aussi, les cliniciens ont relevé des similitudes et des différences entre les deux états en remarquant, notamment, que l'émotion de la tristesse est souvent au coeur du deuil et qu'elle ressemble parfois, dans son intensité, à celle de la dépression (Bacqué, 2006; Hanus, 2006; Hooymann *et al.*, 2006; Kübler-Ross, 1975). Kübler-Ross, par exemple, a élaboré un modèle des étapes du mourir³ qu'elle a ensuite transposé au deuil (Kübler-Ross *et al.*, 2009) dans lequel on retrouve une étape nommée « dépression ». Cette théorie, fort populaire, a permis de poursuivre la réflexion sur les rapprochements et les similarités entre les deux états⁴. Ces différentes conceptualisations du deuil et de la dépression permettent de constater que des similarités et des distinctions existent entre ces concepts. Toutefois, malgré la richesse des écrits portant sur ce sujet, plusieurs aspects du deuil et de la dépression restent toujours difficiles à cerner, à distinguer et à comprendre ce qui peut avoir des retombées cliniques importantes (notamment au niveau du diagnostic, tel que nous l'aborderons ultérieurement).

Dans cet article nous effectuerons une réflexion sur les distinctions entre le deuil et la dépression à la lumière des modifications apportées au diagnostic de la dépression du DSM 5. Cette réflexion critique portera plus précisément sur les forces et faiblesses de ces modifications ainsi que sur les retombées potentielles de ce changement sur les travailleurs.

D'un travail à l'autre : deuil et emploi

Les expériences du deuil et de la dépression sont des expériences qui ont souvent des retombées importantes sur les gens et sur leur capacité à vaquer à leurs occupations quotidiennes. Le deuil engendre un tel bouleversement que Freud le compare à un travail qu'il appelle le « travail du deuil » (Freud, 1917, éd. 1968). Or, accomplir le travail de deuil nécessite une telle énergie que le fait d'exécuter tout autre travail, et notamment celui qui relève d'un emploi, peut alors devenir très

difficile. En effet, la temporalité de l'endeuillé, souvent ralentie, s'accorde parfois mal à celle du monde du travail, souvent accélérée. Les symptômes physiques parfois éprouvés lors du deuil peuvent venir aussi affecter la performance des travailleurs (Bacqué, 2007). De plus, l'intensité de la souffrance vécue altère souvent le rapport au monde et la capacité de se concentrer, de s'activer, de se mobiliser pour effectuer ses tâches habituelles (Bacqué, 2007; Kübler-Ross, 1975). Dans un tel état, effectuer les tâches relatives à son emploi peut devenir très ardu. Compte tenu de ces difficultés parfois rencontrées chez les endeuillés, on pourrait s'attendre à ce que ces derniers puissent bénéficier d'un temps d'arrêt pour vivre leur deuil⁵. Pourtant, dans plusieurs milieux de travail québécois, les congés accordés aux endeuillés sont minimes. En effet, à titre d'exemple, selon la Loi du Québec sur les normes du travail une seule journée de travail rémunérée et 4 jours de congé sans solde doivent être accordés lorsque l'employé vit le deuil de son conjoint, de son enfant ou de l'enfant de son conjoint, d'un de ses parents ou d'un membre de sa fratrie⁶. Ainsi, l'endeuillé dispose à peine du temps nécessaire pour vivre le choc de la perte et les funérailles, qu'il doit retourner au travail. Or, c'est souvent dans les semaines qui suivent le deuil que toute la puissance des émotions et notamment des émotions de tristesse, fait surface (Kübler-Ross, 1975; Bacqué, 2007; Hooyman, *et al.*, 2006). Notre expérience clinique nous permet d'observer que l'affection du deuil est alors souvent tellement intense qu'il est difficile pour plusieurs endeuillés de retourner au travail aussi rapidement après la perte. Si la personne reçoit un diagnostic de dépression, toutefois, elle se verra généralement offrir de prendre un arrêt de travail qui sera rémunéré par ses assurances (si, évidemment, la personne bénéficie d'une telle assurance). Ainsi, les enjeux touchant les diagnostics de deuil et de dépression sont d'une grande importance pour les travailleurs et les professionnels de la santé qui oeuvrent auprès de ces derniers.

Le DSM, la dépression et le deuil

Pour guider les psychiatres et divers professionnels de la santé qui sont amenés, par leur profession, à poser des diagnostics de trouble de santé mentale au cours de leur carrière, des comités de chercheurs de l'APA (American Psychiatric Association) rédigent le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*), un manuel de diagnostic psychiatrique utilisé par une multitude de professionnels en Amérique du Nord. Les comités de rédaction du DSM se sont eux aussi penchés sur les distinctions et les similarités qui existent entre les états de deuil et de dépression. Ainsi, dans la version précédente du DSM (le DSM IV, APA, 2000) un critère d'exclusion invitait les cliniciens à ne pas diagnostiquer de dépression à une personne en état de deuil depuis moins de 2 mois, sauf exception. En mai 2013, la nouvelle version du DSM, le DSM 5 était publié (APA, 2013 et 2015). Dans cette version du manuel, on constate que des modifications ont été apportées à la définition de la dépression et que, notamment, le critère d'exclusion du deuil que l'on retrouvait dans le DSM IV a été supprimé. Ce retrait a suscité de nombreuses et vives réactions dans les médias, les milieux cliniques, académiques et scientifiques⁷.

Malgré toutes les critiques qui peuvent être formulées à l'égard du DSM et de l'usage qui en est parfois fait (et dont nous ferons un survol ultérieurement), il demeure un manuel dont la popularité est telle qu'il est important de le connaître, ne serait-ce que pour mieux comprendre ce qui guide le diagnostic que posent plusieurs professionnels de la santé. Or, qu'est-il vraiment mentionné dans le DSM 5 au sujet de la distinction entre le deuil et la dépression ?

Nous tenterons de contribuer à la réflexion sur ce changement en effectuant un survol des modifications apportées au diagnostic de dépression, en présentant une analyse critique de leurs forces et limites ainsi que, plus largement, en proposant une réflexion sur les enjeux qui touchent les travailleurs et sur les débats que suscite ce retrait du critère d'exclusion du deuil.

Du DSM IV au DSM 5 : réactions par rapport au retrait du critère d'exclusion du deuil dans le diagnostic de la dépression

Le DSM 5 contient des listes de critères bonifiés de textes descriptifs qui permettent de diagnostiquer un trouble de santé mentale en excluant d'autres impressions diagnostiques⁸. On pourrait donc s'attendre à ce qu'il contribue à la réflexion sur les similarités et distinctions existant entre le deuil et la dépression. Toutefois, suite à la publication du DSM 5, plusieurs se sont levés contre les confusions possibles entre les deux états et notamment, contre le fait que la nouvelle classification du DSM 5 pourrait mener trop facilement à un diagnostic de dépression chez l'endeuillé (Frances, 2013; Parker, 2013). Les réactions ont été abondantes et parfois virulentes et ce, particulièrement dans les semaines qui ont précédé la publication du DSM 5. Plusieurs personnes, dont notamment Frances, ancien responsable du DSM IV, devenu par la suite un critique important à l'égard du manuel, ont alors dénoncé le changement pressenti (Frances, 2010). Toutefois, dans la mesure où le DSM 5 n'était pas encore publié, les critiques ne pouvaient que s'appuyer sur ce qui était indiqué au sujet des modifications à venir sur le site internet de l'APA et non pas sur le libellé final du DSM 5. Cela explique peut-être le fait que les critiques alors formulées semblent parfois manquer de nuance, voire frôler la désinformation. En effet, dans les médias par exemple, plusieurs ont accusé ouvertement le DSM 5 de traiter le deuil comme étant une pathologie et certains sont allés jusqu'à prétendre qu'un deuil qui durerait plus de deux semaines serait automatiquement considéré comme étant une dépression dans le DSM 5, ce que soulevait par exemple Frances, dans le journal populaire *Psychology Today* en 2010. Pourtant, lorsqu'on lit attentivement le DSM 5, on réalise que ce n'est pas tout à fait le cas.

Rappel de la définition de la dépression du DSM IV

Rappelons que dans la dernière version du DSM, le DSM IV, la définition de la dépression comprenait un critère d'exclusion dans lequel il était stipulé que de manière générale, le clinicien ne devait pas diagnostiquer une dépression à une personne dont les symptômes étaient mieux expliqués par le deuil, et ce, dans les deux premiers mois qui suivaient la perte (APA, 2000). D'autres critères permettant de distinguer les états de deuil et de dépression étaient également précisés dans ce libellé, le tout ayant comme objectif afin d'éviter la confusion entre les diagnostics de ces deux états. Un paragraphe sur le deuil figurait également dans la section *Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention* du DSM IV. On y spécifiait que les états de deuil et de dépression se ressemblent beaucoup, et cela, entre autres, parce que l'humeur dépressive est souvent à l'avant-plan dans les deux cas. On ajoutait qu'il ne faut alors généralement pas diagnostiquer de dépression sauf si, notamment, les symptômes perdurent au-delà de deux mois. On spécifiait toutefois que la durée du deuil est variable d'un contexte culturel à l'autre et on présentait ensuite certains critères qui permettent de le distinguer de la dépression.

Des critiques ont été formulées à l'égard de cette version du DSM et du traitement qu'on y faisait du deuil. Un reproche important qui était formulé à l'égard du libellé de la définition de la dépression du DSM IV était qu'il pouvait donner l'impression que le deuil devrait normalement durer deux mois et que s'il perdurait au-delà de cette période, il pouvait alors être trop rapidement considéré comme étant une dépression (Zisook, 2012).

DSM 5- Changements de perspectives sur le deuil et la dépression

Afin de pallier cette limite, lors de la refonte du DSM version 5, il fut décidé par les différents comités de rédaction que le critère d'exclusion du deuil serait retiré. Une vidéo visant à clarifier la position des auteurs du DSM 5 sur cette problématique a d'ailleurs été déposée sur le site de l'APA afin d'expliquer les motifs de cette décision⁹. Dans cette vidéo, M. Kupfer, responsable du DSM 5, indique que ces changements ont été apportés afin de s'assurer que les gens qui sont en deuil puissent recevoir le bon diagnostic et tirer profit d'interventions adéquates, sans que les professionnels ne soient nécessairement limités par la contrainte temporelle. Il ajoute ensuite que la refonte du DSM 5 met en évidence le fait que la tristesse inhérente au deuil n'est pas délimitée de manière fixe dans le temps et qu'elle ne disparaît généralement pas après 2 ou 3 mois. Au contraire, il précise que cette humeur dépressive reste souvent présente pendant une durée minimale d'un an ou plus. Enfin, il ajoute qu'il est important de mieux comprendre les distinctions entre la tristesse inhérente au deuil et les conditions qui nécessitent des interventions.

Le diagnostic de dépression du DSM 5 : réflexions sur la refonte d'un diagnostic

En lisant le DSM 5 (APA, 2015), on constate que le critère d'exclusion du deuil qui figurait dans la version précédente a effectivement été retiré. Une note, incluse dans le libellé des critères de la dépression, indique toutefois que :

Les réponses à une perte significative (...) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte. »

APA, 2015, p.189

On constate dans cette citation que les auteurs du DSM 5 reconnaissent la similarité entre certains états de deuil et de dépression et invitent les cliniciens à faire preuve de prudence dans leur diagnostic. Ils indiquent que les deux états peuvent se chevaucher, mais que cela ne peut être évalué que par un clinicien qui fait preuve d'un jugement clinique nuancé qui tient compte à la fois de l'histoire de l'individu et des normes culturelles d'expression de la souffrance en contexte de deuil. Mais dans un contexte où peu de gens sont spécialisés dans l'étude du deuil, où plusieurs universités n'offrent pas de cours de psychologie du deuil, où la formation des médecins et psychiatres sur le deuil reste souvent très marginale, on ne peut qu'espérer que le jugement des cliniciens qui font face au deuil de leurs patients endeuillés soit ainsi nuancé. On remarque aussi que cette citation invite à prendre les précautions nécessaires afin de ne pas sous-diagnostiquer les dépressions des gens endeuillés. Par contre, le souci d'éviter de diagnostiquer incorrectement la personne endeuillée comme étant dépressive est absent de cette note. Ceci pose également plusieurs questions et a possiblement alimenté une part de la réaction négative de plusieurs personnes qui craignent que le deuil soit trop souvent diagnostiqué, à tort, comme étant une dépression.

Une note en bas de page accompagne ce libellé qui aborde la question du deuil. En bref, on y présente une synthèse de distinctions qui permettraient de différencier le deuil de la dépression. On spécifie que l'affect prédominant dans le deuil est le sentiment de vide et de perte alors que lorsqu'une personne est dépressive, elle expérimente plutôt une humeur dépressive persistante et elle n'arrive plus à imaginer qu'elle pourra vivre du plaisir ou de la joie dans le futur. De plus, on ajoute que la tristesse du deuil tend à diminuer avec le temps et qu'elle est généralement vécue en dents de scie (ou par ce que l'on compare ici à des vagues) et associée à des pensées ou des souvenirs du défunt. Ce ne serait pas le cas pour la personne dépressive : chez elle, l'humeur dépressive serait persistante et généralisée (et ainsi ne serait pas reliée à des pensées ou préoccupations précises). On ajoute que des émotions positives peuvent accompagner la souffrance de l'endeuillé, ce qui ne serait pas le cas pour les personnes dépressives. Au niveau cognitif, il est spécifié que dans le deuil, les pensées sont souvent centrées sur des préoccupations reliées à des réflexions et souvenirs du défunt plutôt que sur l'autocritique et les ruminations pessimistes du dépressif. Au niveau de l'estime de soi, on avance que dans le deuil, l'estime de soi est préservée alors qu'elle est diminuée chez la personne dépressive. On spécifie alors que les atteintes à l'estime de soi que l'on peut parfois observer chez l'endeuillé sont généralement liées au sentiment d'avoir failli à l'égard du défunt. On ajoute que si l'endeuillé pense parfois à la mort, c'est généralement parce qu'il désire « rejoindre » le défunt. Le dépressif vivrait plutôt un désir de cesser de vivre relié au fait qu'il sent généralement qu'il n'a pas de valeur, qu'il ne mérite pas de vivre ou qu'il est incapable de composer avec la souffrance de la dépression (APA, 2013).

Cette note fait une synthèse très riche de plusieurs constats de penseurs qui ont travaillé sur le deuil et la dépression. Par rapport au DSM IV, elle invite aussi plus clairement le clinicien à effectuer une réflexion sur la temporalité du deuil (et de la dépression) et à faire preuve de prudence dans son diagnostic. Cette synthèse des grandes différences entre le deuil et la dépression peut aider les cliniciens à distinguer les états de deuil et de dépression. Toutefois, on peut se demander pourquoi ces informations ne figurent qu'en note de bas de page. Cette note sera-t-elle consultée par tous les professionnels de la santé? Figurera-t-elle dans les versions abrégées du DSM 5 utilisées par plusieurs professionnels? On remarque ici que la réflexion sur le deuil est mise hors cadre. Peut-être gagnerait-elle aussi à être encore plus détaillée et nuancée. En effet, on peut se demander ici si les distinctions entre les deux états sont toujours aussi claires que ce qui est énoncé dans cette note de bas de page. Par exemple, notre travail clinique avec les endeuillés nous a permis de constater que dans les premiers temps du deuil, l'endeuillé ressent souvent une tristesse très envahissante, qui semble insurmontable, et que l'idée même de pouvoir être heureux à nouveau paraît parfois impossible, alors que le DSM 5 attribue plutôt cet état à la personne dépressive. Aussi, nous avons observé que dans certains cas, les endeuillés ressentent le désir de mourir parce qu'ils ont l'impression de ne pas pouvoir composer avec la souffrance de la perte, ce qui ne serait donc pas seulement l'apanage du dépressif, contrairement à ce qui est indiqué dans cette note de bas de page. Les auteurs du DSM 5 auraient aussi pu inviter à encore plus de prudence lorsque le diagnostic est difficile à poser (par exemple, si les intervenants n'ont pas le temps de déterminer si ce dont la personne souffre est une dépression ou un deuil, que devraient-ils faire?). Évidemment, cette critique pourrait être apportée au manuel en général et à la manière dont on en fait parfois usage (diagnostics rapides, réalisés de manière très peu dialogique, sans toujours lier l'état présent à l'histoire de vie de la personne, etc.). On ne peut que se réjouir du fait que le deuil ne fasse pas partie de la liste des diagnostics de troubles de santé mentale du DSM 5 (puisque'il n'est pas en soi pathologique), mais que dire du peu d'espace pour la réflexion sur la distinction et les similarités entre cet état et celui de la dépression? Où pourra-t-on accorder un peu plus d'espace à cette réflexion? Un des objectifs de cet article est justement d'offrir un espace de réflexion sur le deuil et la dépression.

Des changements qui ne sont pas que malheureux ?

Malgré ces questionnements, force est de reconnaître que cette nouvelle version du DSM et la manière dont on y traite du deuil et de la dépression comporte certains avantages. En effet, dans le DSM IV la durée du « deuil normal » pouvait facilement être interprétée comme étant de deux mois, ce qui n'est pas le cas dans le DSM 5. On énonce clairement que le deuil ne dure pas nécessairement deux mois et qu'il est souvent plus long que cela, contrairement à ce qui pouvait être interprété selon le DSM IV. Ainsi, cela rappelle que le deuil est d'une longue durée et pourrait aider à questionner les pratiques de certaines entreprises qui n'accordent que quelques jours de congé aux endeuillés. De plus, les différences et similarités entre les états de deuil et la dépression sont plus précises et détaillées dans le DSM 5, même si elles auraient pu l'être de manière beaucoup plus complète et nuancée. La nouvelle définition permet aussi de reconnaître que dans certains cas, le deuil peut se transformer en dépression au cours d'une période inférieure à deux mois (ce qui est d'ailleurs un des arguments principaux justifiant le retrait du critère d'exclusion, tel qu'on peut le lire dans Zisook *et al.* (2012), notamment). Dans le monde du travail, cela peut signifier que la possibilité de recevoir un diagnostic de dépression peut être devancée, et ainsi que certains pourront prendre plus rapidement un congé de maladie rémunéré quand ils recevront un tel diagnostic (un avantage bien relatif, que nous questionnerons ultérieurement). Le risque de suicide des endeuillés dépressifs, notamment, fait partie des motifs qui justifient cette position des chercheurs qui approuvent ce changement (Zisook *et al.*, 2012; Porter *et al.*, 2013).

Des limites qui restent importantes

Plusieurs critiques peuvent toutefois aussi être formulées à l'égard de ces modifications apportées au DSM 5. Le fait que l'on puisse diagnostiquer plus rapidement une dépression chez l'endeuillé soulève plusieurs questions et craintes de diagnostic erroné de dépression des personnes en deuil. Dans le monde du travail québécois, pour qu'un congé rémunéré leur soit accordé, certains endeuillés ne pourraient-ils pas souhaiter recevoir un diagnostic de dépression ? Cette tentation d'opter pour un diagnostic de dépression pourrait alors devenir forte, pour l'endeuillé et/ou pour le professionnel qui pose le diagnostic et qui constate la détresse de ce dernier et ce, que la personne souffre véritablement de dépression ou non. De plus, dans un contexte social où la rapidité est fortement valorisée et où généralement très peu de place est consacrée à l'expression du deuil et de la souffrance (Des Aulniers, 2009), on peut se demander ce qui arrivera au deuil des travailleurs qui sont diagnostiqués à tort comme étant dépressifs (exemple : médication non nécessaire, dangers de taire la perte, de refouler le travail de deuil, etc.). Et quel message sera envoyé aux endeuillés ? Que l'humeur dépressive du deuil est possiblement « pathologique », « anormale » et que si elle perdure, les endeuillés devraient en guérir rapidement ? On pourrait ainsi être bien loin d'une pratique thérapeutique fondée sur l'idée selon laquelle l'accueil des émotions du deuil (ou le travail de deuil) permet de cheminer vers sa saine résolution (Kübler-Ross, 1975; Gori, 2011; Thieleman et Cacciatore, 2013). Plusieurs détracteurs du DSM 5 craignent effectivement la médicalisation du deuil, comme en témoigne une lettre ouverte rédigée par Frances :

Medicalizing normal grief stigmatizes and reduces the normalcy and dignity of the pain, short-circuits the expected existential processing of the loss, reduces reliance on the many well-established cultural rituals for consoling grief, and would subject many people to unnecessary and potentially harmful medication treatment.

Frances, 2013

Souhaitons que le manuel soit utilisé avec prudence et nuance afin que cette dérive ne devienne pas réalité.

Au-delà du DSM 5 : réflexions sur le travail, le deuil et la dépression

Il nous semble également important de réfléchir aux retombées possibles de ce changement sur les travailleurs endeuillés. Rappelons que la durée de la perte est, dans le DSM 5, mieux reconnue, un avantage de taille par rapport au DSM IV (Zissook *et al.*, 2012; Porter *et al.*, 2013). Il ne reste qu'à souhaiter que cet appel trouve écho dans le monde du travail, et ce, malgré le contexte général de malaise face à la souffrance et la tristesse du deuil (Bacqué, 2007; Des Aulniers, 2009). Aussi, tel que mentionné antérieurement, le fait que le deuil soit plus facilement (et rapidement) diagnostiqué comme étant une dépression pourrait permettre à certains de s'absenter du travail tout en étant rémunérés et ainsi prendre le temps de vivre leur deuil. La question des impacts de diagnostics possiblement erronés sur les endeuillés reste toutefois en suspens. De plus, on peut se demander si le deuil devrait véritablement avoir besoin d'être considéré comme étant pathologique (ou comme étant une dépression) pour qu'un temps d'arrêt soit accordé pour le vivre. En inscrivant un temps de deuil dans les normes du travail, dans les conventions collectives et dans les contrats des travailleurs, ne pourrait-on pas contribuer à la reconnaissance de la perte, du travail de deuil et de l'exigence de ce travail pour l'endeuillé ? L'argumentaire économique viendra probablement en tête des oppositions à cette idée. Toutefois, il faut se rappeler que certaines personnes endeuillées préfèrent un retour au travail rapide pour diverses raisons (s'activer devant le vide de la perte est parfois un allié fort apprécié des endeuillés) et qu'ainsi, tous ne prendraient pas nécessairement ce congé. De plus, on peut se demander quelles seraient les conséquences du fait que certains puissent retourner au travail sans avoir retrouvé toutes leurs énergies et capacités. Enfin, quels sont les risques que le deuil se complique pour les endeuillés qui retourneraient trop rapidement au travail ?

On a pu, jusqu'ici, constater que différentes questions sur le deuil, la dépression et les changements apportés dans le DSM 5 méritent d'être posées. Les réponses à ces questions tiennent peut-être, en partie, à la lecture et à l'usage qui seront faits du manuel. Gori, psychanalyste très critique du DSM 5, propose une réflexion sur ce qui peut être fait pour éviter les dérives possibles de l'utilisation de ce manuel :

Il faut remettre la parole au centre. On est passé d'un savoir narratif à un savoir probabilistique (sic), qui transforme le psychiatre ou le psychologue en une agence de notation des comportements. Pour inverser cette tendance, il faut revenir à la souffrance singulière du patient. Revenir au récit, recontextualiser le trouble et le symptôme.

propos de Gori, rapportés dans Vincent, 2013

Dans le cas du deuil, ceci est particulièrement vrai. Chaque deuil est unique. De la même manière que la relation dont la personne éprouve la perte était unique, le processus de détachement des liens qui l'unissaient au défunt est également singulière (Hanus, 2006). Comprendre la nature des liens qui perdurent, qui se transforment, nécessite qu'un réel dialogue soit établi entre le clinicien et la personne qui le consulte, entre les connaissances théoriques du clinicien et la réalité singulière de la personne qu'il rencontre tout comme la tradition herméneutique nous invite d'ailleurs à le faire (Gadamer, 1960). Ce véritable dialogue ne peut-il pas en soi contribuer à redonner confiance à l'endeuillé, en la valeur de la relation humaine, et ce, malgré la souffrance de

sa perte inévitable (toute relation étant appelée à se terminer, un jour ou l'autre) ? Il pourrait permettre d'insuffler un souffle de vie dans un monde où la mort a frappé, d'aider à ce que le travail de deuil évolue et ne prenne pas les traits rigides d'un processus mortifère. Dans cette mesure, il contribue peut-être à ce que le deuil ne devienne pas dépression ?

Enfin, au-delà du DSM 5, le malaise que suscite ce changement dans le diagnostic du deuil et de la dépression semble attester d'un besoin de clarifier ces concepts, de se pencher à nouveau sur leurs similarités et distinctions. Du côté des cliniciens, cela pourrait témoigner de la prise de conscience de certaines lacunes, d'un besoin de formations qui aident à clarifier, à comprendre et à distinguer ces états. Humainement, ce débat témoigne aussi possiblement de la volonté de plusieurs de parler de deuil et de dépression, de réfléchir à la place de la souffrance, de la perte et de la mort dans la condition humaine, d'une véritable crainte de médicalisation du deuil, voire plus largement d'une critique d'une vision dans laquelle le deuil doit être rapidement évacué... Dans cette mesure, ces préoccupations ne pourraient-elles pas aussi témoigner d'un désir plus profond de réintégrer la réflexion sur la mort, la fin et la perte, dans la vie, dans une relation qui serait plus humaine ?

Notes

[1] Dans ce texte, Freud trace les liens qui unissent le deuil et la mélancolie. Il soutient alors que l'étude du deuil permet de comprendre la mélancolie, les deux phénomènes étant étroitement liés. Effectivement, il remarque que les deux états ont des déclencheurs similaires : la perte (réelle ou symbolique). Freud avancera qu'il existe des différences entre le deuil et la dépression qui permettent de déterminer que la dépression s'est installée, de constater que la dépression n'est plus seulement une partie du processus de deuil, mais qu'elle s'est plutôt substituée à ce dernier. Premièrement, il note que l'on observe une diminution de l'estime de soi chez le dépressif et non chez l'endeuillé. Celui-ci explique que par un processus de régression narcissique, le sujet dépressif intériorisera l'objet perdu. Puis, il remarque que l'objet perdu par le dépressif aura la particularité de ne pas être uniquement objet d'amour, mais plutôt objet ambivalent, contrairement à l'endeuillé. Le sujet va ainsi attaquer cet objet intériorisé en s'auto-injuriant, par exemple. Ces distinctions permettraient de mieux comprendre si ce que la personne expérimente est de l'ordre d'un deuil ou si une dépression est en train de s'installer. Toutefois, comme le souligne Molinié (2006), l'auteur ouvre aussi alors la piste voulant que le deuil et la mélancolie se situent, ultimement, sur un même continuum.

[2] Cette réflexion fut effectivement poursuivie (et revue, à certains égards) par maints penseurs. Les liens qui unissent les deuils non perlaborés et l'avènement de la dépression ont notamment été tracés. L'importance du travail de deuil dans le développement de la psyché a également été soulignée de manière éloquente, notamment par Mélanie Klein avec le concept de « position dépressive » (Klein, 1938).

[3] Le modèle du deuil qu'a élaboré l'auteure est composé de 5 étapes : le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation (Kübler Ross, 2009). L'auteure soutient que l'étape de la dépression est un état de tristesse, de désorientation marqué par le sentiment d'avoir perdu quelque chose d'essentiel et engendré par la tristesse de l'accumulation de pertes. Remarquons ici que le fait qu'elle utilise le terme dépression comme étant une étape du deuil permet de reconnaître les similarités entre les états tout en contribuant possiblement par la même occasion à la confusion entre les deux. Dans cette conceptualisation, l'atteinte de l'étape d'acceptation serait le

gage d'une saine résolution du deuil. Or, pour l'auteure, l'étape de la dépression serait « positive » ou souhaitable, car elle s'inscrirait dans un processus qui permettrait plus largement d'atteindre l'acceptation (Klass, 1981; Kübler-Ross, 1975). En effet, si elle est exprimée et bien accueillie, la dépression viendrait s'inscrire dans un processus qui permettra la résolution du deuil. Selon l'auteure, la dépression pourrait par contre devenir « pathologique » et alors devenir plus clairement une dépression (tel que cela est défini dans le DSM 5, comme nous le verrons ultérieurement), si elle devient résignation.

[4] Il est à noter que l'idée d'étapes du deuil et d'émotions positives et négatives du deuil a aussi fait l'objet de critiques fort pertinentes. À ce sujet voir Klass (1981).

[5] Tel que cela est le cas dans les sociétés traditionnelles où les endeuillés se voient temporairement retirés des activités quotidiennes pour vivre leur deuil (Thomas, 1991).

[6] Tiré du site du gouvernement du Québec : (<http://www4.gouv.qc.ca/FR/Portail/Citoyens/Evenements/deces/Pages/conges-prevus-deces.aspx>) . Les normes sont toutefois différentes selon le type de perte vécue et les circonstances du décès. Ainsi, lorsque la personne vit un deuil après suicide, le congé rémunéré alloué pourra durer jusqu'à 52 semaines et lorsque la personne est décédée des suites d'un acte criminel, jusqu'à 104 semaines.

[7] On peut en voir un exemple dans l'article « Psychiatrie : DSM 5 le manuel qui rend fou » de la revue française « Le Monde », du 13 mai 2013, disponible en ligne : (http://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/05/13/dsm-5-le-manuel-qui-rend-fou_3176452_1650684.html) . Dans cet article on présente les différentes réactions à la publication imminente du DSM 5 et, notamment, les craintes exprimées par certains au sujet de la « pathologisation du deuil ». exprimées de certains penseurs. On en retrouve aussi des exemples dans une lettre ouverte au du Devoir, « Le DSM ou le monde normalisé de la psychiatrie » du 14 mai 2013 et dans l'article « La bible des troubles mentaux reniée » de la Presse du 22 mai 2013.

[8] Il est à noter que chaque version du DSM fait l'objet de maintes critiques. En effet, la prétention du manuel d'être « athéorique » est souvent critiquée. De plus, les membres de comités de rédaction du DSM 5 font souvent l'objet d'allégations de conflits d'intérêts, plusieurs décrivant, notamment, les liens qui les unissent aux compagnies pharmaceutiques (Cosgrove et Krinsky, 2012). Un des dangers les plus évidents du DSM souligné par plusieurs de ses détracteurs est celui de médicaliser la souffrance humaine, de nier les processus existentiels auxquels elle est liée et du même coup de bloquer l'accès à la possibilité d'approfondissement auquel elle permet d'accéder (Frances, 2013). Enfin, un reproche qui est fait au DSM 5 est le fait que depuis son apparition, on observe une augmentation constante des diagnostics ce qui fait craindre la médicalisation de la différence (Blais, 2006), la stigmatisation des gens qui souffrent. En effet, certains déplorent le fait que le DSM puisse contribuer à une normalisation des conduites, dans la mesure où il permettrait de diagnostiquer, d'objectiver et de soigner les gens qui s'éloignent de la norme (Gori, 2011).

[9] Cette vidéo est accessible à l'adresse suivante : (<http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5/dsm-5-video-series-bereavement-exclusion>)

Bibliographie

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR* (4th ed.), Washington, American Psychiatric Association. doi : <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5th ed.), Washington, American Psychiatric Association. doi : <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, (5^e éd.), Cedex, Elsevier Masson. doi : <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001190>
- ABRAHAM, N. et TOROK, M. (1978). « Deuil ou mélancolie », Dans *L'écorce et le noyau*, Paris, Aubier Flammarion. doi : <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2013.00079.x>
- BACQUÉ, M.F. (2007). *L'un sans l'autre, Psychologie du deuil et des séparations*, Paris, Larousse. doi : <https://doi.org/10.3917/lcp.154.0025>
- BLAIS, L. (2006). « Savoir expert, savoirs ordinaires: qui dit vrai? Vérité et pouvoir chez Foucault », *Sociologie et sociétés*, vol. 38, n^o 2, p. 151-163. doi : <https://doi.org/10.7202/016377ar>
- COSGROVE L. et S. KRIMSKY (2012). « A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists », *PLoS Medicine*, vol. 9, n^o 3, p. 1-4. doi : <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001190>
- DES AULNIERS, L. (2009). *La fascination, Nouveau désir d'éternité*, Québec, Presses de l'Université du Québec. doi : <https://doi.org/10.2190/ODGA-BQP5-LNTB-A93G>
- FLEMING, S. (2013). « Differentiating grief and depression », *Bereavement Care: A New Look at Hospice and Community Based Services*, New York, Routledge. doi : <https://doi.org/10.3917/puf.more.2010.01>
- FRANCES, A. (2010). « Normal Grief vs Depression In DSM-5, How to avoid medicalizing grief », *Psychology Today*, tiré de : (<http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201003/normal-grief-vs-depression-in-dsm5>), consulté le 1 février 2014. doi : <https://doi.org/10.1111/acps.12110>
- FRANCES, A. (2013). « Disentangling Grief and Depression », *Psychiatric times*, tiré de : (<http://www.psychiatristimes.com/articles/dsm5-and-medicalization-grief-two-perspectives#sthash.QmsBsOdG.dpuf>), consulté le 17 janvier 2014. doi : <https://doi.org/10.1177/0004867413481504>
- FOX, J. et K. D. JONES (2013). « DSM-5 and Bereavement: The Loss of Normal Grief? », *Journal of Counseling & Development*, vol. 91, n^o 1, p. 113-119. doi : <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2013.00079.x>
- FREUD, S. (1917, éd. 1968). « Deuil et mélancolie », Paris, Gallimard. doi : <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000435037.91049.2f>
- GADAMER, H.-G. (1960). *Vérité et méthode*, Paris, Éditions du Seuil. doi : <https://doi.org/10.1002/da.21927>
- GORI, R. (2011). « Est-ce encore rationnel de mourir aujourd'hui ? », *Le Carnet PSY*, vol. 5, p. 25-27. doi : <https://doi.org/10.3917/lcp.154.0025>
- HANUS, M. (2006). « Deuils normaux, deuils difficiles, deuils compliqués et deuils pathologiques », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol. 164, n^o 4, p. 349-356. doi : <https://doi.org/10.1016/j.amp.2006.02.003>
- HOOYMAN, N.R. et B.J. KRAMER, (2006). *Living Through Loss*, New York, Columbia University Press.

- KARAM, E. G., TABEL, C. C., ALAM, D., SHAMSEDEEN, W., CHATILA, Y., MNEIMNEH, Z., SALAMOUN, M. et M. HAMALIAN (2009). « Bereavement related and non-bereavement related depressions: A comparative field study », *Journal of Affective Disorders*, vol. 112, n° 1-3, p. 102-110. doi : <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.03.016>
- KLEIN, M. (1938, éd. 2004). *Deuil et dépression*, Paris, Petite bibliothèque Payot, Paris.
- KRISTEVA, J. (1987). *Soleil noir, Dépression et mélancolie*, Saint-Armand, Gallimard.
- KLASS, D. (1981). « Elisabeth Kubler-Ross and the tradition of the private sphere : An analysis of symbols », *Omega*, vol. 12, n° 3, p. 241- 267. doi : <https://doi.org/10.2190/ODGA-BQP5-LNTB-A93G>
- KÜBLER-ROSS, E. (1975). *Les derniers instants de la vie*, Genève, Éditions Labor et Fides.
- KÜBLER-ROSS, E., KESSLER, D. et J. TOUATI (2009). *Sur le chagrin et le deuil: trouver un sens à sa peine à travers les cinq étapes du deuil*, Paris, Lattès.
- MOLINIÉ, M. (2006). *Soigner les morts pour guérir les vivants*, Paris, Le Seuil.
- MOREL CINQ-MARS, J. (2010). *Le deuil ensauvagé*. Paris, Presses Universitaires de France. doi : <https://doi.org/10.3917/puf.more.2010.01>
- PARKER, G. (2013). « Opening Pandora's box: how DSM-5 is coming to grief », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 128, n° 1, p. 88-91. doi : <https://doi.org/10.1111/acps.12110>
- PORTER, R., MULDER, R. et LACEY, C. (2013). « DSM-5 and the elimination of the major depression bereavement exclusion », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 47, n° 4, p. 391-394. doi : <https://doi.org/10.1177/0004867413481504>
- THIELEMAN, K. et CACCIATORE, J. (2013). « The DSM-5 and the Bereavement Exclusion: A call for critical evaluation », *Social Work*, vol. 36, n° 1, p. 61-82.
- THOMAS, L.-V. (1991). *La mort en question : traces de mort, mort des traces*, Paris, L'Harmattan.
- VINCENT, C. (2013). « On assiste à une médicalisation de l'existence », *Le Monde*, 13 mai 2013, tiré de : http://www.lemonde.fr/acces-restrict/sciences/article/2013/05/13/6c66699c676a6cc5936d6a63679a6d_3176454_1650684.html (http://www.lemonde.fr/acces-restrict/sciences/article/2013/05/13/6c66699c676a6cc5936d6a63679a6d_3176454_1650684.html), consulté le 17 janvier 2013.
- WAKEFIELD, J. C. (2013). « The DSM-5 debate over the bereavement exclusion: Psychiatric diagnosis and the future of empirically supported treatment », *Clinical psychology review*, vol. 50, n° 4, p. 345-355. doi : <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.03.007>
- ZISOOK, S., PIES, R. et IGLEWICZ, A. (2013). « Grief, Depression, and the DSM-5 », *Journal of psychiatric practice*, vol. 19, n° 5, p. 386-396. doi : <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000435037.91049.2f>
- ZISOOK, S., CORRUBLE, E., DUAN, N., IGLEWICS, A., KARAM, E. G., LANOUILLE, N., LEBOWITZ, B., PIES, R., REYNOLDS, C. et K. SEAY (2012). « The Bereavement Exclusion and DSM-5 », *Depression and anxiety*, vol. 29, n° 5, p. 425-443. doi : <https://doi.org/10.1002/da.21927>