

REVUE

BULLETIN NATIONAL SANTÉ MENTALE ET PRÉCARITÉ

#95
Déc. 2025



Deuiller les survivances

Elle est partie mais elle est là. Sa présence se diffuse dans la douleur comme dans la joie. Larmes et souvenirs, images et voix : tout s'entrelace. L'expérience du deuil déchire autant qu'elle cicatrise. Elle détruit un monde connu et en révèle un autre. Le deuil arrache autant qu'il relie : aux autres, à soi, à l'absence. L'abîme vide. Le vide abîme. Vicieux le cercle. Chacune et chacun connaît ces présences dont l'absence hante. Certains parlent de fantômes, d'un passé qu'il faudrait oublier, dépasser. Que faudrait-il comprendre ? Avaler la mort, la digérer peut-être. La douleur cisaille, entaille, creuse l'entraille. Ce qu'il reste, un geste, un amour, un cri, du punk morbide : À mort la mort !

Ce *Rhizome* explore, sonde le deuil et au-delà. Ce qui reste, ce qui insiste, ce qui relie. Deuiller¹ transforme. La puissance du deuil transperce, traverse, déborde et appelle, collectivement, à faire place à ce qui disparaît, ce qui demeure. Fidèle à la ligne éditoriale de la revue, ce numéro refuse de réduire les questions de précarité et de santé mentale à des catégories de publics pour penser les enjeux relationnels, cliniques, sociaux et profondément politiques. Il provoque les frontières entre métiers, champs, cultures et mondes.

Le deuil et ses langues

Plusieurs articles mettent en intrigue une question récurrente : qu'est-ce qui relève du psychique, du normal, du pathologique, du soin ou du social ? Le numéro s'ouvre sur une analyse de la psychiatrisation du deuil, de son inscription dans les nomenclatures et les protocoles thérapeutiques, mais aussi de ses promesses de soulagement. On voit comment les discours psychiatriques et psychologiques s'emparent d'une expérience universelle pour la traiter. La perspective clinique nous rappelle quelque chose d'essentiel : penser le deuil, c'est penser le sujet sans le réduire à des symptômes. Elle nous dit aussi le besoin de temps, de répit.

Modernité et colonialité ont pourtant mis à distance les morts, les ont relégués aux marges de nos mondes. Elles ont déplacé la mort hors du commun, du quotidien, des vivants. La médicalisation de la fin de vie et la psychologisation du deuil ont trans-

formé les rituels collectifs en les déplaçant vers des espaces institutionnels où les émotions sont régulées et encadrées. Toutefois, le deuil est aussi une langue, une écriture : une manière de témoigner, de réparer, de relier. Il peut même devenir une langue commune entre des mondes, des expériences et des cultures.

Le deuil et ses mondes

La mort affecte, parle et met à l'épreuve les institutions, les équipes, les métiers. Elle vient parfois comme un échec dans la culture biomédicale, générant malaise et souffrance chez les professionnels. La mort nous confronte à la fois à notre fragilité et à notre finitude.

Plusieurs articles en appellent à une anthropologie du deuil située, plurielle et relationnelle, et invitent à reconnaître sa dimension sociale et communautaire. Une affaire sociale, en somme, une affaire de travail social. Le deuil demande de l'accompagnement, du lien, des rituels, des espaces où déposer ce qui déborde. Ces contributions plaident pour une écologie du (prendre) soin. Le deuil s'accompagne, se travaille, se pense. Il demande un espace symbolique à habiter ensemble.

Le deuil précaire

Les inégalités sociales, la précarité, l'isolement transforment l'expérience du deuil et rendent son accompagnement plus difficile. Certaines morts, dans les mondes de la précarité, sont brutales, violentes, traumatiques : décès à la rue, overdoses, morts sans corps, suicides... Des morts sans rites, sans adieu, sans paroles. Des morts administrées. Des morts que personne n'attendait mais que beaucoup redoutaient.

Les personnes précarisées sont souvent exclues des lieux où s'élaborent la perte et la mémoire. Comment se donner, et donner, les moyens de faire son deuil quand tout manque déjà : l'espace, le temps, les ressources, les proches, la reconnaissance ? Dans la continuité du numéro de *Rhizome* « Ces morts qui existent² », l'importance de rendre visibles des morts invisibles est encore ici présente. On y lit la possi-



bilité d'une politique du deuil : faire place à celle et ceux qu'on ne voit pas, à leurs morts comme à leurs mots. Reconnaître ce qui est en train de disparaître, d'être transformé, en nous et autour de nous.

Deuiller les survivances

Deuiller les survivances, comme une tension sémantique entre perte et persistance. Les survivances sont alors des traces, des empreintes : des gestes, des voix, des habitudes, des manières d'être ou de sentir qui continuent de vivre alors que la personne n'est plus là.

Ces survivances peuvent aussi dire quelque chose de nos mondes. C'est ce qu'il faudrait résister à effacer : certains morts pèsent plus lourd parce que certains vivants comptent moins. Des vies précaires, qu'on déplace, qu'on expulse et les morts qu'on ne sait pas accueillir. La colère, la tristesse ou la tendresse refusent de disparaître avec celles et ceux qu'on a laissés aux marges. Pour finir, la mort est précieuse car elle nous rappelle à la vie. Elle fait mémoire. Elle relie. Souvenir de l'avenir : rétablir les personnes vivantes et les mortes ; continuer à faire monde avec elles. Parce que deuiller, c'est vivre. Autrement, ailleurs, avec. ►

¹ Bigé, E. (2023). Deuiller au travers. Pertes et affects trans*espèces. *Trou noir*, 15, 127-144.

Inspirée notamment par les pratiques collectives décrites par Léa Rivière, elle définit « deuiller » comme un art relationnel et partagé, une manière d'accueillir les transformations du monde sans fétichiser les morts, humaines ou non humaines.

² Ces morts qui existent. (2017). *Rhizome*, 64.

Laurent Brodin

Psychologue clinicien
Responsable formation et
réseau du centre régional du
psychotraumatisme de Normandie
CHU de Caen

Delphine Avrillon

Psychologue clinicienne
Équipe mobile psychiatrie précarité
de Caen
Centre régional du psychotraumatisme
de Normandie, CHU de Caen

Éric Bui Thanh Huy

Professeur de psychiatrie
Université de Caen Normandie,
CHU de Caen

Horizon sur le deuil : définition, évaluation et prise en soin

1 Shear, K. (2015). *Complicated Grief Treatment. Instruction manuel use*. The Guilford Press.

2 Lunderoff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I. et O'Connor, M. (2017). Prevalence of Prolonged Grief Disorder in Adult Bereavement: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of affective disorders*, 212, 138-149.

3 Djelantik, A. A. M. J., Smid, G. E., Mroz, A., Kleber, R. J. et Boelen, P. A. (2020). The Prevalence of Prolonged Grief Disorder in Bereaved Individuals Following Unnatural Losses: Systematic Review and Meta Regression Analysis. *Journal of affective disorders*, 265, 146-156.

4 Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Classification internationale des maladies - 11^e révision (CIM-11)*. OMS.

5 American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5* (5^e éd.).

6 Frumkin, M. R. et al. (2021). The Pain of Grief: Exploring the Concept of Psychological Pain and its Relation to Complicated Grief, Depression, and Risk for Suicide in Bereaved Adults. *Journal of clinical psychology*, 77(1), 254-67.

7 Tels que le *Brief Grief Questionnaire*, Le Prolonged Grief -13-R, l'*Inventory for Complicated Grief* ; la *Structured Clinical Interview for Complicated Grief* pour poser le diagnostic.

Rose est une femme de 55 ans qui vient consulter au centre régional du psychotraumatisme de Normandie pour un trouble de deuil prolongé.

Il y a treize ans, Rose a perdu son fils de 4 ans alors qu'ils traversaient tous les deux la route sur le passage piéton. Depuis ces treize années, elle vit dans l'intense désir de revoir son fils et de retrouver leur vie d'avant l'accident.

Elle pense à lui sans arrêt, elle rumine chaque jour sur les circonstances de l'accident et de sa mort. La douleur émotionnelle est toujours aussi intense quasiment tous les jours, plus particulièrement encore lors des dates anniversaires, des rentrées des classes, des fêtes de fin d'année ou des fêtes des Mères... Rose est dans l'incapacité d'aller rendre visite à des proches qui se sont occupés de son fils, de consulter les documents du procès, de regarder les affaires de son fils qu'elle garde précieusement dans une malle. Elle ne peut plus non plus garder son neveu et ne parvient plus à conduire du fait d'une anxiété majeure qui s'est développée vis-à-vis de la conduite, ce qui impacte considérablement son fonctionnement social et professionnel. Elle est actuellement en arrêt de travail. La patiente est en grande difficulté pour vivre dans le présent et pour se projeter vers l'avenir. De quels outils disposons-nous pour évaluer Rose et quelle prise en soin lui proposer pour apaiser ses symptômes ?

La perte d'un être cher est universelle et inévitable dans l'expérience humaine. Tant qu'il y aura des pères, des mères, des grands-parents, des enfants, des frères, des sœurs, des amis ou des amants, il y aura du deuil. Le chagrin est un hommage aux liens tissés avec les personnes aimées. La mort d'un être aimé porte ainsi l'un des défis existentiels les plus douloureux et pourtant des plus communs, engendrant des réactions émotionnelles, cognitives, comportementales et sociales caractérisant le deuil. Comment distinguer le deuil « normal » du deuil prolongé ? Quels sont les symptômes du trouble de deuil prolongé (TDP) ? Faut-il développer la prise en soin et si oui de quelle manière ? Quels seraient les enjeux sociétaux d'un tel soin ?

Définition actuelle des « deuils » et évaluation

Le deuil est une réaction psychologique douloureuse à la perte d'un être aimé. Le deuil aigu des premiers instants va petit à petit s'intégrer, tout comme la finalité et les conséquences de cette perte pour amener à une sensation de paix vis-à-vis du décès. Les souvenirs de la mort et les pensées sur l'avenir

sans l'être aimé sont naturellement très douloureux. Cependant, face à cette douleur intense, l'endeuillé a besoin de répit. Ainsi, comme le décrit Katherine Shear¹, le processus d'acceptation de la perte implique une oscillation naturelle entre la confrontation à la tristesse profonde et le désir de se languir de l'être cher ainsi que de penser à d'autres choses, banales ou même positives, pour avoir un peu de répit dans cette douleur. Avec le temps, et au gré de ces oscillations, la réalité de la mort de l'être aimé s'infiltre progressivement dans la vie quotidienne et les pensées vers l'avenir. Les symptômes de deuil aigu s'atténuent, le deuil s'intègre. Certaines études montrent qu'environ 10 % des endeuillés souffrent d'un deuil sévère et invalidant sur une période prolongée². Manik Djelantik et ses collaborateurs³ présentent dans leur méta-analyse des résultats plus élevés : près de 50 % des endeuillés souffrent d'un TDP à la suite d'une perte non naturelle (après un accident, un suicide ou un meurtre, par exemple).

La définition du TDP, anciennement connu sous le nom de « deuil compliqué » ou « deuil pathologique », a progressivement évolué au cours des années et des discussions nosographiques. Le diagnostic de TDP intègre la onzième édition de la classification internationale des maladies⁴ (CIM-11) et est inclus dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux en 2022. Le diagnostic peut être posé à partir de six mois dans la CIM-11 et à partir de douze mois dans le DSM-5-TR. Le DSM-5-TR⁵ prévoit un critère temps plus étendu pour limiter le risque d'un diagnostic trop précoce et ainsi laisser le temps au deuil aigu de pouvoir s'intégrer « normalement ».

À la différence du deuil intégré, le deuil prolongé se caractérise par une persistance constante de la peine, ponctuée par des souvenirs *quasi omniprésents* liés au disparu, un besoin éperdu de rétablir un lien inaccessible avec lui, ainsi qu'une souffrance émotionnelle intense et chronique qui peut se muer en véritable *douleur*⁶. Ces symptômes perdurent bien au-delà des périodes de transition standards et reflètent une détresse qui ne diminue pas avec le passage du temps. Des outils de dépistage validés et accessibles permettent d'aider à identifier les symptômes du TDP, accompagné d'un entretien clinique⁷.

Les prises en soin recommandées

De nombreuses données se sont accumulées ces dernières années, appuyant l'efficacité des interventions ciblées sur le deuil, particulièrement en psychothérapie. Une récente revue systématique de la littérature a étudié les effets d'un traitement de thérapie comportementale et cognitive (TCC) centré sur le deuil sur un total de 2 952 participants répar-

8 Komischke-Konnerup, K. B., Zachariae, R., Boelen, P. A., Marengo, M. M. et O'Connor, M. (2024). Grief-Focused Cognitive Behavioral Therapies for Prolonged Grief Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 92(4), 236-248.

9 *Prolonged grief therapy*, anciennement *complicated grief treatment*, portée entre autres par Katherine Shear (2015).

10 Shear, K. (2015).

11 Boelen, P. A. et Prigerson, H. G. (2013). Prolonged Grief Disorder as a New Diagnostic Category in DSM-5. In M. Stroebe, H. Schut, et J. van den Bout (Eds.), *Complicated Grief: Scientific Foundations for Health Care Professionals* (p. 85-98). Routledge/Taylor & Francis Group.

Gallagher-Thompson, D. et al. (1993). The impact of Spousal Bereavement on Older Widows and Widowers. *Handbook of Bereavement: Theory, Research and Intervention*, 227-239.

Germain, A., Caroff, K., Buysse, D. J. et Shear, M. K. (2005). Sleep Quality in Complicated Grief. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 34(3)-346

12 Monk, J., Black, J., Carter, R. Z. et Hassan, E. (2023). Bereavement in the Context of Homelessness: a Rapid Review. B. C. Centre for Palliative Care.

13 Mayock, P., Parker, S. et Murphy, A. (2021). Family Turning Point Experiences and the Process of Youth Becoming Homeless. *Child & Family Social Work*.

tis à travers 22 essais et a mis en évidence des effets modérés à larges sur la réduction des symptômes de deuil chez les participants⁸.

La thérapie pour le deuil prolongé⁹ figure parmi les méthodes thérapeutiques reconnues comme étant des références¹⁰. Ce traitement, structuré en 16 séances, est basé sur la théorie de l'attachement. Il intègre des méthodes dérivées des TCC, dont la finalité est, d'une part, d'aider le patient à accepter la réalité définitive de la perte et, d'autre part, de restaurer la capacité à poursuivre une vie qui vaut la peine d'être vécue même sans la personne perdue afin que la douleur du manque et les préoccupations excessives du défunt s'apaisent. Concrètement, la thérapie s'appuie sur plusieurs outils, comme la théorie de l'attachement, mais également sur des approches cognitivo-comportementales, dont des stratégies issues de la thérapie d'exposition prolongée utilisée chez des patients atteints de stress post-traumatique (une méthode qui favorise le processus de traitement de la perte et la réduction de l'évitement) dans une approche visant à appréhender le deuil prolongé comme un trouble lié au stress post-perte. Parmi ces leviers thérapeutiques, nous retrouvons :

- l'écoute active, empathique et non jugeante du thérapeute ;
- un suivi quotidien de la peine par un journal de suivi du deuil ;
- des revisites narratives du décès ;
- des revisites situationnelles aux lieux, activités que le patient évite depuis la perte (par peur d'émotions trop intenses ou par crainte d'« oublier » le défunt) ;
- un travail sur les souvenirs en lien avec les caractéristiques du défunt, aussi bien positives que moins positives.

Une dimension sociale est également intégrée à la thérapie. Ainsi, à la troisième séance, un proche est invité afin de discuter des symptômes de deuil, des changements constatés depuis la perte et pour réfléchir conjointement aux moyens de soutien. Cette démarche permet de renforcer le tissu relationnel et d'aider la personne endeuillée à accepter l'aide disponible.

Au fil des séances, le thérapeute accompagne également le patient vers la reconstruction d'objectifs de vie, en accord avec ses valeurs et l'encourage à renouer avec des activités gratifiantes. L'objectif n'est pas d'effacer le lien avec le défunt, mais de permettre au patient de continuer à vivre d'une façon plus apaisée, tout en intégrant la perte dans son histoire.

La prise en charge du TDP, un enjeu social ?

La pandémie du Covid-19 rassemble de nombreux facteurs de risque pouvant mener vers un TDP comme l'impossibilité d'accompagner les défunts selon les rites funéraires pré, péri et post mortem. Néanmoins, combien d'endeuillés ont développé un TDP ? Quelle prise en charge a été proposée pour prévenir les symptômes du TDP ? Des études ont également mis en avant les conséquences sur la santé des patients souffrant d'un TDP à long terme comme prédicteur d'une morbidité (telles que les idées et les comportements suicidaires, l'apparition de troubles cardiaques ou l'hypertension artérielle),

des comportements négatifs sur le plan de la santé (comme la majoration des consommations d'alcool et de tabac), mais également une détérioration de la qualité de vie¹¹.

Qu'en est-il du deuil chez les personnes les plus précaires ? Peu de recherches sont menées sur le deuil auprès de ce public, particulièrement en France. Pourtant, il n'est pas rare de voir des symptômes de TDP chez les personnes très précarisées, vivant des situations d'extrême urgence. Il est donc difficile d'avoir une représentation quantitative du TDP permettant d'évaluer les besoins pour la mise en œuvre d'une prise en soin adaptée. En 2023, Jody Monk et ses collaborateurs¹² ont mis en lumière les différentes recherches sur l'expérience du deuil dans un contexte d'itinérance. Quatre grands thèmes ont émergé de cette revue de littérature : le deuil comme facteur de risque d'itinérance (42,5 % des participants dans l'étude de Paula Mayock¹³), la survenue d'un deuil anticipé (processus de deuil qui débute en amont du décès), la fréquence élevée des expériences de décès avant et durant les périodes d'itinérance, les difficultés à faire son deuil.

Dimitri a 44 ans et vit à la rue depuis de nombreuses années. Il a perdu sa mère des suites d'un cancer à l'âge de 14 ans. La douleur de la perte était insurmontable. L'adolescent a commencé à consommer du cannabis pour apaiser cette douleur, mais aussi les émotions qui le débordaient et le submergeaient. Au fur et à mesure des années, la douleur étant toujours présente, les consommations ont augmenté et les produits se sont diversifiés. Trente ans plus tard, la douleur de la perte est toujours aussi aiguë et les émotions le submergent toujours dès qu'il évoque sa mère en entretien. Les pensées et les souvenirs qu'il a d'elle sont omniprésents.

Conclusion

Les vignettes présentées sont typiques d'un trouble de deuil prolongé car le chagrin et les sentiments de culpabilité sont d'une intensité persistante. Une tendance à éviter tout ce qui rappelle la perte, un isolement social et des sentiments intenses de solitude et de désespoir sont également notables. De telles présentations cliniques peuvent être déroutantes pour les soignants qui peuvent avoir le sentiment de ne pas avoir suffisamment de connaissances pour proposer un soin adéquat. La CIM-11 et le DSM-5 ont tous deux incorporé des critères fiables pour poser le diagnostic de TDP, à 6-12 mois après la perte. Plusieurs mesures d'évaluation auto ou hétéro rapportées peuvent dorénavant être utilisées pour évaluer et suivre les progrès du traitement au fil du temps. La thérapie du deuil prolongée fait figure de traitement de première intention pour accompagner les endeuillés chroniques et peut permettre d'insuffler l'espoir de vivre le deuil d'une manière plus apaisée. Les composantes thérapeutiques aident à comprendre et à accepter la réalité de la perte et ses conséquences, tout en renouant avec un sentiment de connexion avec les proches, leurs valeurs et leurs centres d'intérêt afin de pouvoir éprouver, à nouveau, de la joie et de la satisfaction dans la vie. ►

1 Comme le soulignent Émile Durkheim, puis Marcel Mauss, « le deuil n'est pas l'expression spontanée d'émotions individuelles ». Il tient entièrement dans la réponse sociale et collective vécue face à la mort et la manière dont les sociétés régulent l'expression individuelle des émotions de deuil. Durkheim, É. (1912). *Les Formes élémentaires de la vie religieuse. Le système totémique en Australie* (p. 527). Presses universitaires de France ;

Mauss, M. (1921). L'expression obligatoire des sentiments (rituels oraux funéraires australiens). *Journal de psychologie*, 18 ;

Mauss, M. (1926). Effet physique chez l'individu de l'idée de mort suggérée par la collectivité (Australie, Nouvelle-Zélande). *Journal de psychologie normale et pathologique*.

2 Van Gennep, A. (1981 [1909]). *Les Rites de passage. Étude systématique des rites*. Les Classiques des sciences sociales.

3 Lauwers, M. (2023). De l'histoire aux sciences sociales : morts, rites et transition. À propos de Robert Hertz et d'Arnold Van Gennep. Dans G. Cuchet, N. Laubry et M. Lauwers (dir.), *Transitions funéraires en Occident. Une histoire des relations entre morts et vivants de l'Antiquité à nos jours* (p. 35-54). Publications de l'École française de Rome.

4 Dès le moment du décès, puis au moment des funérailles et à leur suite, les modalités sociales par lesquelles on entre en relation avec les morts trouvent leur origine dans les connaissances et les pratiques transmises à l'intérieur du groupe d'intégration, qui guident ces relations et la mise en forme de la mémoire individuelle, familiale et collective. Halbwachs, M. (1950). *La mémoire collective*. Presses universitaires de France.

5 Boisson, M. (2020). *Mourir en moderne. Une sociologie de la délégation* [Thèse de sociologie, EHESS].

Marine Boisson

Docteure en sociologie

Lier-Fyt, EHESS

Médicalisation de la fin de vie et transformations du deuil, une perspective sociologique

La sociologie et l'anthropologie ont montré que les rites funéraires et le deuil sont deux phénomènes qui doivent être pensés conjointement, comme les deux faces d'un même fait social universel. Autrement dit, on ne fait jamais un deuil de manière individuelle, dans une réalité psychique indépendante de ses conditions collectives de réalisation et des interactions sociales qui l'informent¹. Le deuil correspond, pour la sociologie et l'anthropologie, à la transformation sociale du lien au défunt, laquelle dépend étroitement de ses conditions historiques et sociales d'organisation. Dans cette perspective, les rites funéraires sont une réponse sociale à l'affaiblissement temporaire du groupe². Ils constituent une occasion d'exprimer collectivement les émotions liées à la disparition d'un mort ainsi qu'un moment de régénération, au travers de leur dimension expiatoire³. Ils façonnent donc non seulement l'expression collective des émotions d'attachement et de détachement à l'égard du mort, mais aussi la transformation de sa représentation collective⁴.

Le relâchement des émotions de peur, de tristesse et d'attachement à la vie sont socialisées par le traitement collectif du décès, du cadavre et du soin apporté à la représentation du mort (qu'on la nomme « âme », « esprit » ou « souvenir »). Le deuil est dès lors l'effet direct du rite, en tant qu'il module les élans d'attachement, conduisant à la mélancolie, les élans de distanciation et la régénération de la vie. Il s'achève avec la levée des prohibitions et l'accomplissement final des pratiques funéraires, soutenues par le groupe d'appartenance. Ce processus assure l'intégration du défunt dans une représentation collective, à partir de laquelle se construisent les générations suivantes.

Transformation des conditions sociales du mourir et du deuil

Mais qu'en est-il aujourd'hui ? Comment le deuil est-il socialisé dans des sociétés où l'on meurt le plus souvent à l'hôpital, et dans lesquelles l'expression des émotions est encouragée sur un mode à la fois collectif et individuel ? L'une des transformations sociales les plus importantes de ces cinquante dernières années réside précisément dans la médicalisation de la mort⁵ et la psychologisation des émotions de deuil⁶. Les personnes mourantes et leurs proches sont désormais fréquemment entourées de professionnels de santé au moment où un pronostic leur est annoncé – processus qui s'étend de l'annonce du décès jusqu'après la mort. Ce déplacement traduit une transformation majeure

du rapport collectif à la mort. Ce qui relevait autrefois du domaine communautaire et religieux tend désormais à être pris en charge à partir d'expertises professionnelles sécularisées s'appuyant en partie sur des savoirs psychologiques sur le deuil.

L'informalisation des émotions de deuil dans l'hôpital

De ce constat, nous pourrions alors tirer la conclusion que nous sommes de moins en moins encouragés à partager collectivement nos émotions de deuil, car ces savoirs tendent à privatiser leur expressivité. Les trois situations suivantes montrent néanmoins que la prise en charge sociale du rite et du deuil s'est à la fois maintenue et complexifiée en raison de l'accentuation de la division du travail autour des mourants, des morts et des endeuillés⁷. Ainsi, du fait d'une régulation socialement encadrée des sentiments d'attachement et de détachement à l'égard du mourant, puis du défunt, la médicalisation de la mort et la psychologisation des émotions de deuil tendent à encourager une libération contrôlée des émotions éprouvées.

Pour le comprendre, pénétrons dans l'hôpital, puis dans un service de cancérologie où l'on meurt fréquemment. Au sein de celui-ci, l'un des débats récurrents portait sur la manière la plus appropriée d'annoncer sa mort au malade⁸. Pour certains cancérologues, il était immoral de dire frontalement à un patient qu'il allait mourir. La retenue de l'information se justifiait, selon eux, afin de préserver ses forces vitales, de ne pas heurter ses espoirs ou d'assurer la poursuite de son hospitalisation lorsque ses conditions de vie ne permettaient pas un retour à domicile. Cependant, la présence d'une équipe mobile de soins palliatifs dans le service venait souvent remettre en question cette position. Pour celle-ci, il était au contraire nécessaire d'effectuer systématiquement une annonce afin de permettre au patient et à ses proches de profiter de derniers moments en toute conscience des événements à venir, accompagnés par le médecin et soutenus par la psychologue. La gestion des modalités de diffusion de cette information avait pour effet à la fois de structurer l'anticipation d'un deuil, tant pour le patient que pour sa famille, et d'orienter la manière dont chacun allait devoir l'appréhender dans les mois à venir.

Déplaçons-nous maintenant dans une unité de soins palliatifs. Dans ces services, le patient et ses proches sont en principe informés du décès. Pour-

6 Memmi, D. (2014). *La Revanche de la chair. Essai sur les nouveaux supports de l'identité*. Le Seuil.

7 Ces situations sont tirées d'un travail réalisé dans le cadre d'une thèse publiée et soutenue en 2020, à l'EHESS. Boisson, M. (2020).

8 Boisson, M. (2020). (p. 269-336).

9 Boisson, M. (2020). (p. 337-414).

10 Boisson, M. (2020). (p. 415-492).

11 Wouters, C. et Poncharal, B. (2010). Comment les processus de civilisation se sont-ils prolongés ? De la « seconde nature » à la « troisième nature ». *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 106(2), 161-175.

12 Norbert, E. (1987 [1982]). *La Solitude des mourants*. Christian Bourgois.

tant, un travail est mené pour réguler les émotions qu'ils éprouvent, dans l'attente du moment effectif où il surviendra⁹. Par exemple, lorsqu'une patiente déclarait attendre sa mort, dans une position et une attitude jugée léthargique ou au contraire « perturbée », les soignants se félicitaient d'être parvenu à la faire rire et à lui avoir « redonné le sourire ». Il en va de même lorsqu'ils constataient qu'ils pouvaient apporter de l'apaisement aux patients et à leur famille, en organisant, par exemple, un repas exceptionnel, la venue d'un animal de compagnie, la visite de la psychologue au cours de laquelle les uns et les autres auront réussi à exprimer leurs émotions de tristesse, ou bien en leur délivrant des anesthésiques ou des anxiolytiques.

Ce travail émotionnel ne parvient pas toujours à apaiser l'expérience d'un décès et ses conditions de réalisation, mais il produit un effet de distanciation, qui pousse chacun à se demander « Que reste-t-il à faire ? » Le cas d'un homme de 36 ans, atteint d'un cancer hépatique et évoquant régulièrement des projets personnels, suscite la discussion : comment peut-il se projeter dans l'avenir tout en se sachant condamné ? La psychologue du service fait valoir qu'elle n'est pas trop inquiète, car il parvient à ajuster ses anticipations à la réalité de son état. L'accompagnement de la plupart des patients et de leurs proches donne au contraire lieu à des interventions destinées à favoriser l'expressivité de leurs émotions les plus douloureuses, ou à réguler celles qui sont interprétées par les soignants comme des émotions de « déni » et de trop grande distanciation face à la mort.

Terminons notre parcours dans une chambre mortuaire hospitalière – là où les proches sont reçus, après le décès¹⁰. Là encore, un travail est réalisé pour contrôler les modalités d'expression du deuil des familles : ils interviennent sur le corps pour amoindrir l'expression d'émotions jugées violentes au contact du corps du défunt, mais aussi favoriser l'expressivité des émotions d'attachement et de tristesse liées à sa mort. Ils mettent fin au recueillement, l'annulent lorsque l'un des membres de la famille annonce vouloir conserver une autre image, bien plus vivante, du mort, ils le recoiffent et l'habillent selon les souhaits exprimés, en prêtant attention aux moindres détails afin que la dépouille incarne la personnalité historique du mort. Les discussions entre les familles et les soignants sont le lieu d'une négociation des élans d'engagement et de distanciation qui s'installent à l'égard de la matérialité du corps du défunt, à la source de formes de réalisation du décès ou de mémorialisation de sa vie. Les contraintes placées sur les familles ont alors pour effet d'informer la relation matérielle qui s'instaure au cadavre, mais aussi la représentation symbolique au défunt, dans cet espace.

Une politique des émotions

D'un point de vue sociologique, la gestion des émotions liées à la mort d'individus est inséparable des pratiques et des normes collectivement admises dans les lieux et les groupes où les personnes mourantes sont prises en charge, afin d'encadrer leur

rite de passage. Les sentiments exprimés individuellement ont, en eux-mêmes, peu de signification : c'est le rite lui-même qui en a, en tant qu'il informe leur expression collective et individuelle. Ainsi, si la médicalisation de la mort et la psychologisation du deuil ont transformé notre manière de vivre ces moments, elles le font à partir de techniques *informalisatrices*¹¹ qui tendent à favoriser le contrôle relâché des émotions socialement éprouvées par le patient et son entourage dans la sphère médicale, plaçant sur ces derniers de nouveaux contrôles pour favoriser leur expressivité d'une manière qui ne soit ni trop violente, ni trop retenue. Ce travail s'inscrit en outre dans un ensemble de contraintes matérielles, financières et temporelles propres à l'organisation des services.

Cette *informalisation* des émotions de deuil est récente. En effet, dans l'hôpital des années 1970, selon le sociologue Norbert Elias¹², on apprend à vivre en retenant ses émotions de tristesse afin de ne pas mettre le mourant ou les proches dans l'embarras, en évitant aussi d'exprimer le dégoût que peut inspirer le corps et le cadavre, autocontrôles tout entier tournée vers la lutte pour la vie, l'organisation de l'hôpital et l'invisibilisation des cadavres. Aujourd'hui, l'expression des émotions les plus diverses des malades et de leur entourage peut se manifester dans les services et celles-ci sont régulées dans des espaces distincts (la chambre, le couloir, la salle de consultation, l'espace privé), de sorte que la tristesse des uns et ce que l'on peut désigner comme la vitalité des autres s'expriment en lien avec la trajectoire sociale et médicale du mourir, d'une façon plus différenciée. Il s'agit, d'une part, d'encourager l'expression individualisée des émotions de la personne mourante et de ses proches, et, d'autre part, d'en réguler le relâchement dans l'espace où elle se trouve.

Quel que soit le jugement que l'on porte sur ce travail médical et psychologique de régulation des émotions de deuil, il faut reconnaître que c'est précisément à partir de lui que nous pouvons formuler de nouvelles critiques : c'est parce que son organisation favorise le contrôle relâché et individualisé des émotions, dans les différentes classes de la société, que ses échecs peuvent aujourd'hui être politisés en tant qu'ils n'apparaissent pas encore assez respectueux de certaines émotions et attentes, et assez réflexifs des inégalités qui existent entre classes pour s'approprier ce processus d'*informalisation* des émotions, d'une manière qui soit considérée comme la plus juste pour chacun. Il n'en reste pas moins que si l'on peut revendiquer de telles critiques, qui poussent à améliorer davantage les conditions d'une émancipation des émotions, c'est bien parce qu'ils sont devenus les cadres majeurs de la socialisation contemporaine au deuil et qu'ils favorisent le fait que chacun trouve des occasions d'expression plus individualisées de ses émotions de mélancolie et de vitalité face à d'autres. ►

Le deuil, une relation

Et si le deuil était avant tout une relation ? Une relation aux multiples visages qui imprègne les différents contextes dans lesquels elle se déploie ; une relation qui s'adapte et évolue au fil du temps. Concevoir l'expérience et le vécu du deuil selon cette perspective relationnelle¹ permet de prolonger, compléter, voire dépasser, l'idée selon laquelle le deuil est prioritairement un processus individuel linéaire, une épreuve face à laquelle chacune et chacun devrait, dans son for intérieur, composer affectivement, émotionnellement et psychiquement pour assurer tant bien que mal la continuité d'un soi fragilisé par la perte d'une personne proche.

Une relation aux multiples visages

Le deuil est tout d'abord une relation avec soi-même. Le psychiatre Christophe Fauré² utilise la métaphore de la blessure et de la cicatrice pour décrire ce qui se joue au niveau psychique chez une personne après le décès d'un-e proche. Comparer le « travail de deuil » à la cicatrisation, qui s'effectue pour une bonne part de manière inconsciente, sert à souligner toute l'importance du prendre soin de soi pour composer avec cette blessure. Toutefois, cela permet aussi de mettre en évidence le fait que le deuil, à l'instar de la cicatrice, peut être exhibé ou au contraire caché, valorisé ou stigmatisé en fonction des contextes sociaux dans lesquels évolue l'endeuillé-e.

Le rapport à la perte reste ainsi étroitement dépendant de l'entourage, duquel il est central de ne pas exclure la personne défunte. Car le deuil est aussi – et peut-être avant tout – une relation avec cette personne qui se poursuit par loyauté, par amour ou toute autre valeur susceptible de la nourrir. Bon nombre d'approches théoriques ne considèrent d'ailleurs plus les nombreux récits faisant état de liens continus avec les morts comme irrationnels, mais comme des expressions positives de la reconstruction du sens de la perte³. Au fond, les liens avec les morts se transforment et s'entretiennent, faisant même dire à la philosophe Vinciane Despret que ces derniers agissent comme des « alliés thérapeutiques » auprès des vivants⁴. Mais ce n'est pas tout. Le deuil est encore une relation avec les proches. Une relation avec celles et ceux qui ont partagé de l'affection avec la même personne disparue tout en occupant des statuts et des rôles distincts vis-à-vis d'elle : parent, conjoint-e, enfant ou adelphe⁵ et, plus largement, ami-e, voisin-e ou encore collègue. Le deuil s'adapte à ces relations affinitaires qui se reconfigurent après un décès. Il se vit différemment selon la position occupée par

les un-e-s et les autres au travers des liens qui se redéfinissent au gré des histoires et des parcours de vie dans lesquels chacun-e se projette en fonction de son âge ou de son genre notamment. Plus largement enfin, le deuil est une relation à autrui. Une relation à tous ces individus connus et moins connus qui interagissent avec les endeuillé-e-s. Cela va de l'intervenant-e de la santé ou du social qui a pris soin d'une personne durant sa fin de vie ou qui offre un soutien à un-e proche dans un cadre associatif ou professionnel jusqu'au quidam avec lequel il s'agit d'entrer en contact sans que la mort et le deuil ne soient forcément au centre de l'attention. C'est, par exemple, lorsque l'on se rend au guichet de la poste ou que l'on effectue ses achats au centre commercial. Cette kyrielle d'échanges prévus ou aléatoires qu'expérimentent les endeuillé-e-s au quotidien témoigne du fait que le deuil restera toujours une affaire collective⁶.

L'éparpillement du deuil

Appréhender le vécu de la perte comme une relation qui se décline en de multiples facettes invite à reconnaître par conséquent son caractère fragmenté : le deuil s'éparpille au gré des interactions dans lesquelles sont impliquées les personnes. Ces dernières peuvent, en effet, contenir leur chagrin ou le manifester, parler ouvertement de la personne défunte ou nier toute relation avec celle-ci selon l'interlocuteur et la situation, indépendamment du temps qui passe. Cette notion d'éparpillement véhicule une composante géographique et spatiale intéressante car elle dénote la variété des contextes sociaux dans lesquels un deuil vient se loger. Au moment d'interagir, l'enjeu tient alors dans ce qu'il est adéquat ou opportun de dire et de faire, sans nécessairement focaliser sur le processus individuel, intime et singulier, que suit – pour ne pas dire subit – chaque endeuillé-e.

À ce propos, l'un des contextes les plus emblématiques est le monde du travail et des entreprises. Qu'est-ce qui est prévu pour soutenir une personne en deuil lorsque cette dernière reprend son activité professionnelle ? Se sent-elle soutenue au moment de reprendre ses tâches, parfois quelques jours à peine après le décès d'un-e proche ? Jusqu'à quel point peut-elle être accompagnée par les collègues ? Les réponses à ces questions varient selon la sensibilité des directions, des services de ressources humaines, des cadres et des employé-e-s en contact régulier avec ces endeuillé-e-s qui retournent à leur place de travail⁷. Or, trop souvent encore, des entreprises manquent de préparation et d'anticipation en la matière. Des actions concrètes et ciblées peuvent pourtant contribuer à faire une plus grande place à la mort et au deuil, là où se déploient concrètement les activités professionnelles⁸.

Le contexte de travail ne constitue toutefois qu'un fragment, certes important, sur lequel le deuil comme relation est susceptible de laisser une empreinte. Bien d'autres contextes méritent une attention soutenue afin d'identifier, mettre en œuvre et adapter les mesures opportunes de soutien et d'accompagnement. Pensons à l'école, où enfants et adolescent-e-s se préparent à la vie mais

1 Berthod, M.-A. (2014). Le paysage relationnel du deuil. *Frontières*, 26(1-2).

2 Fauré, C. (2018 [1994]). *Vivre le deuil au jour le jour*. Albin Michel.

3 Neimeyer, R. (2001). *Meaning Reconstruction and the Experience of Loss*. American psychological association ;

Berthod, M.-A. (2025). An Experimental Grammar of Relations with Agentive Dead. *Anthropological Notebooks*.

4 Despret, V. (2023). *Les morts à l'œuvre*. Les empêchements de penser en rond ;

Despret, V. (2017). *Au bonheur des morts*. La Découverte.

5 Jégat, L. (2024). Perdre un frère ou une sœur. Analyse sociologique du deuil d'un-e adelphe adolescent-e. *Recherches familiales*, 21(1), 91-104.

6 Jung, A. (2025). *De la fin de vie au deuil*. L'accompagnement professionnel des proches et des endeuillé-e-s. Antipodes.

7 Berthod, M.-A. et Magalhães de Almeida, A. (2011). *Vivre un deuil au travail. La mort dans les relations professionnelles*. Éditions HETSL.

8 Masciulli Jung, A., Ischer, M., Haunreiter, K. et Berthod, M.-A. (2022). *Deuil dans le monde du travail. Guide pour les entreprises*. Éditions HETSL.



9 Fawer-Caputo C. et Julier-Costes, M. (dir.) (2015). *La mort à l'école. Annoncer, accueillir, accompagner*. De Boeck.

10 Doka, K. (1989). *Disenfranchised Grief: Recognizing Hidden Sorrow*. *Disenfranchised Grief: Recognizing Hidden Sorrow*. Lexington Books.

11 Magalhães de Almeida, A. et Berthod, M.-A. (2020). *L'accompagnement social et la mort*. Éditions HETSL.

pas forcément à la mort, bien que cette dernière s'y invite parfois⁹. Pensons encore aux clubs sportifs ou de loisirs, aux centres culturels et communautaires, aux institutions sociosanitaires ou d'accueil, aux établissements pour personnes âgées et autres lieux de vie – foyers, résidences ou casernes – que fréquentent de nombreux individus. Autant de contextes distincts où chaque deuil s'éparpille à sa façon.

Une place à prendre

Cette manière d'approcher le deuil – en le compartimentant de manière plus ou moins étanche selon les situations et en l'associant aux faisceaux de relations qui le sous-tendent – comporte un avantage sur les conceptions, plutôt cliniques et psychologiques, qui tendent à individualiser le rapport à la perte et peut-être même, à la mort. En privilégiant ses composantes sociales et collectives, il devient plus clair qu'une place est à prendre pour accompagner le deuil, non seulement à l'aune de la personne qui vit la perte d'un-e proche, mais aussi du cadre – matériel et normatif – dans lequel prennent place les interactions.

Reconnaître la part relationnelle que les un-e-s et les autres sont susceptibles de jouer selon le rôle, le statut et la fonction occupés dans un contexte donné permet, par ailleurs, d'identifier les compétences requises pour s'investir et, possiblement, de se former à l'accompagnement des personnes en deuil. Cela afin d'imaginer et prendre – ou non – des mesures favorisant la création d'un environnement adapté, parfois temporairement ; fournir des informations voire orienter les individus vers les ressources disponibles et prendre soin aussi bien

des endeuillé-e-s que des autres personnes avec lesquelles des échanges se tissent sur une base plus ou moins régulière, mais aussi sur une temporalité plus ou moins longue au gré des contextes. Dans le champ du travail social tout particulièrement, une telle approche relationnelle peut accroître le sentiment de légitimité – si tel n'était pas le cas – à occuper une place active et, pourquoi pas, proactive dans cet accompagnement. Cela nécessite tout d'abord d'identifier, comprendre et interpréter les spécificités de certains vécus de deuils méconnus voire non reconnus¹⁰, par exemple ceux des personnes en situation de handicap ou ceux des personnes très âgées institutionnalisées. Cela requiert ensuite de prendre en considération les dispositifs, les normes et les valeurs qui caractérisent les contextes dans lesquels ces vécus s'inscrivent et s'éparpillent.

Cette approche systémique incite à élargir les réflexions et les interventions en matière de deuil pour ne pas rester focalisé sur les dimensions affectives, émotionnelles et interpersonnelles. L'adopter contribue à prévenir le risque d'entretenir un sentiment d'être emprunté-e voire démuni-e face à une personne – un-e bénéficiaire, un-e résident-e, un-e collègue – ayant perdu un-e proche. En appréhendant le deuil à plusieurs dans des dispositifs situés, comme une relation, les professionnel-le-s se dotent ainsi d'un levier utile et constructif pour devenir force de proposition et d'action auprès de publics spécifiques¹¹. Il s'agit donc finalement de contribuer à faire une place à la mort et au deuil dans des périmètres d'intervention bien balisés sans avoir nécessairement à se préoccuper en priorité du vécu personnel et intime de la perte ni de son cheminement au long cours. ▸

Les professionnels du champ de l'action médico-sociale face à la mort, qui soutient qui ?

Les transformations profondes de notre société vers l'hypermédicalisation et l'institutionnalisation des vulnérabilités font que la confrontation à la mort de celui ou celle que l'on accompagne glisse d'un possible professionnel pour les acteurs du champ de l'action médico-sociale à une réalité inéluctable.

La mort n'est donc plus, aujourd'hui, un événement tout à fait « hors de l'ordinaire » et vient interroger le professionnel dans ce qu'il est, ce qu'il aurait dû être, ce qu'il a fait ou aurait dû faire, bien souvent sans ménagement. Il ne peut ni s'y soustraire ni échapper à une implication pleine et entière car il est devenu, au fil des évolutions du système social, un catalyseur, au cœur d'une triade¹ (usager/patient – proches aidants – professionnel). Les tentations à la préservation de soi par des mécanismes bien connus tels que l'évitement, la fuite, l'annulation, l'esquive ou le refoulement sont grandes tant la mort d'un autre que soi peut s'avérer coûteuse émotionnellement et affectivement, fragilisante, insécure et compromettant le sentiment d'invincibilité professionnelle. Parce qu'elle pénètre l'intimité et active un processus de subjectivité individuelle, la mort entre en résonance avec des croyances, des convictions, des représentations, des peurs, des valeurs et des événements de vie personnels (tels que les deuils, les maladies ou les handicaps). Le contexte de survenue de cette mort, le degré d'attachement à la personne décédée, le sentiment d'accomplissement professionnel, les expériences antérieures, le portage institutionnel, la cohésion d'équipe, les ressources internes du professionnel engagé et sa disponibilité psychique au moment de l'annonce étayent l'idée d'une onde de choc et d'une empreinte mnésique proportionnées.

Qui soutient qui ? Je

La confrontation à la mort n'est jamais un événement anonyme ou anecdotique dans une carrière. Elle vient, en miroir, cristalliser le rapport à notre propre mortalité, poser un ensemble de questionnements existentiels. Elle effracte par sa brutalité, sa violence, son imprévisibilité, sa prévisibilité et son

anachronisme. Elle nourrit parfois des sentiments d'injustice, d'arbitraire, de la colère, du désarroi ou crée un soulagement empreint d'ambivalence en réponse à un vécu d'impuissance face à des souffrances réfractaires.

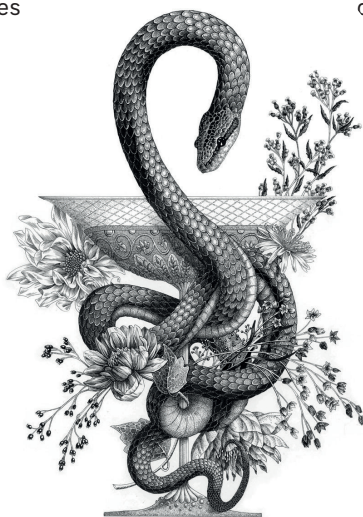
Le professionnel, convoqué dans sa qualité de primo-intervenant, doit mobiliser des ressources adaptatives, activer un processus d'ajustement « pour faire face », comme un agir-refuge et protecteur à l'angoisse d'anéantissement. C'est pourquoi les questions du périmètre, du sens de la mission et de

l'engagement sont essentielles dans le processus maturatif professionnel. Penser ce socle motivationnel est une introspection indubitable à une meilleure connaissance de soi, de ses idéaux, de ses potentialités et de ses propres limites. Cela redimensionne l'habileté à se maintenir acteur et en mouvement, loin de toute contemplation passive mortifère.

Qui soutient qui ? Ils

Cette professionnalisation incombe donc au sujet à partir de ce qu'il ressent au cœur de la relation et de ce qu'il devient par-delà ces confrontations. Néanmoins, c'est également la responsabilité de l'institution ; de ce qu'elle est en mesure, dans une approche systémique, dynamique, d'entendre et de sou-

tenir, ainsi que de la manière dont elle peut s'en saisir avec attention et bienveillance pour ne pas créer un abîme de sens. Reconnaître le bien-fondé de cette préoccupation face à la mort en déployant des espaces de partages, de ventilations émotionnelles et de relectures (par exemple, les supervisions, les retours d'expérience – Retex –, les réunions d'équipe et le travail en pluridisciplinarité) et en contrant toutes les tentatives d'occultation permet de lutter contre les sentiments d'isolement face à l'adversité et de vide intérieur. De plus, cela relégitime les sensibilités individuelles et collectives, mais aussi cela donne de la considération à ce qui a été éprouvé. L'enjeu est majeur puisque les expositions au traumatisme vicariant et à la fatigue de compassion sont loin d'être chimériques et les renoncements ainsi que les désinvestissements sont nombreux. C'est pourquoi la formation initiale, indissociable de la formation continue, érige une connaissance,



¹ Goldbeter-Merinfeld, É. (2017). Chapitre 4. La triade comme unité relationnelle. *Le deuil impossible : La place des absents en thérapie familiale* (p. 71-89). De Boeck Supérieur.



s'agit d'un exercice de funambulisme dans une époque incertaine, à l'ère des restrictions budgétaires, des réorganisations de notre société, et des nouvelles politiques sociales et managériales dissonantes, diluantes et paradoxales.

Qui soutient qui ? Nous

La fidélité à notre éthique du prendre soin de celui ou celle qui souffre, se meurt, ou est mort(e) garantit la sauvegarde de la cohérence de notre monde intérieur. Elle met à l'abri, donne à l'errance et à la détresse un court répit. « Cela semble toujours impossible jusqu'à ce que ce soit fait », disait Nelson Mandela. Il conviendra donc de redonner à la douleur et aux larmes une sacralité, de ne pas céder à la tentation d'un interventionnisme intrusif ou d'un discours convenu et convenant, d'encourager la générosité, la tendresse, l'authenticité et le soutien communautaire. Il nous faudra aussi réinvestir notre créativité pour coconstruire avec les personnes, inventer, réinventer, voire bricoler, des rituels de séparation même si nos cultures diffèrent (fabriquer un arbre de pensées ou des fleurs en papier ou organiser un lâcher de ballons, par exemple). Il s'agira également d'accomplir le travail de mémoire pour repousser l'oubli, l'indignité et sublimer ce qui est empêché. Enfin, il importera d'accepter, avec humilité, que dans la mort de l'autre tout ne nous soit pas accessible. Le soutien des professionnels engagés dans la relation d'aide est multidimensionnel : il est émotionnel, matériel, informatif et concerne l'estime de soi³. Panser le soutien implique nécessairement de cartographier les facteurs aggravants et les facteurs de protection afin de mieux cerner les contours de ce *cost of caring** pour que le vécu face à la mort échappe à toute forme de normalisation, dérobade ou banalisation.

² Mauro, C. (2021). Confinement des possibles dans la prise en soin palliative face à la crise sanitaire : érosion de la vitalité et fatigue de compassion. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 144(1), 95-103. Presses universitaires de Grenoble.

³ Bruchon-Schweitzer, M. et Dantzer, R. (1994). *Le soutien social dans la relation stress-maladie. Introduction à la psychologie de la santé* (p. 125-149). Presses universitaires de France.

⁴ Ce concept anglo-saxon définit le coût émotionnel du prendre soin et le risque de fatigue compassionnelle.

⁵ Debout, M. (2006). *Science et mythologie du mort* (p. 256). Broché.

tempère et nuance les certitudes ; nourrissant, à des temporalités expérientielles différentes, une réflexion salvatrice et protectrice de projections ainsi que d'identifications destructurantes.

Apprendre le deuil, comprendre ses expressions, sa temporalité, ses conséquences, ses évolutions sans le pathologiser ou le médicaliser d'emblée, approfondir les concepts fondamentaux du fonctionnement psychique, ouvrir un espace de pensée non dogmatique sensible à la transculturalité, expliquer ce qui se passe pendant et après la mort (les démarches, les soins, les obsèques, les pratiques funéraires) donnent de la consistance à l'analyse des situations vécues professionnellement. Cela permet aussi de s'extraire du seul prisme de l'intuition et de la sensibilité. C'est un outillage indispensable au professionnel tout au long de son parcours qui permet de prévenir l'érosion de la vitalité² et l'enlèvement dans des postures aux frontières floues. Pour autant, la mort ne se gère pas, elle s'accompagne ; tout comme le chagrin ne se soigne pas, il s'accueille. Toute la subtilité résidera alors dans le juste équilibre entre la théorisation et la singularisation des accompagnements face à la mort. Il

Il serait vain de croire qu'il existe une aptitude innée ou une compétence acquise à parler de la mort, de la finitude, du deuil et de la souffrance liée aux chagrins et aux pertes, ou qu'une protocollisation viendrait protéger, immuniser, baliser ou aseptiser ce vécu. Il s'agirait plutôt de comprendre quels peuvent être les leviers pour que cette mort ne se réduise pas à un fait redouté, pourvoyeur d'un trouble identitaire, et comment elle pourrait, au contraire, venir réaffirmer cette sollicitude, cette altérité, cette présence à l'autre si précieuse au travail médico-social en renforçant positivement les valeurs d'humanité et de fraternité dans une époque individualisante qui divise, fragmente et désolidarise. La précarité, l'exclusion et la migration contrainte nous plongent, par-delà la mort du corps, à l'épreuve de réalité, de la mort sociale et symbolique. Cela nous confronte au redoutable berceau de l'autrui face auquel nous sommes appelés dans un devoir de non-indifférence et de non-abandon. Le *care*, la cohésion et la puissance du lien social sont donc des composantes socles pour que « la perte d'une vie ne soit plus le théâtre d'un achevé solitaire, mais bel et bien le théâtre d'un inachevé solidaire⁵ ». »

La mort au cœur des soins



Avoir la mort au cœur. » Cette expression, qui remonte au XVII^e siècle, évoque un sentiment de tristesse, une affliction profonde. À cette époque, le terme « mort » était utilisé pour désigner une souffrance intérieure, une douleur émotionnelle importante, et non la fin de vie elle-même. La mort est souvent éprouvée comme une contrainte extérieure, une fatalité qui s'impose à nous, plutôt qu'un processus à la fois intime et collectif. Les changements sociétaux façonnent notre compréhension de la mort et du deuil. Ces évolutions ont des implications profondes sur la manière dont nous accompagnons ceux qui sont confrontés à la fin de vie.

Aujourd'hui, avec les avancées des sciences médicales, la mort est souvent perçue comme un échec à éviter à tout prix. Dans le cadre d'une recherche ethnographique menée auprès de l'association *Dare Protezione*¹, nous avons exploré le thème de la mort dans les soins en biomédecine. Des entretiens ont été réalisés avec des médecins travaillant dans des hospices ainsi qu'avec des infirmiers en arrêt maladie et en reconversion professionnelle. En tant qu'individus et soignants, nous sommes amenés à nous interroger sur la place de la vieillesse, de la maladie et de la finitude au sein de nos institutions, mais aussi sur leur prise en charge. La perte d'un être cher nous confronte, tout comme les patients et leur famille, à un profond malaise. Cela soulève également des défis éthiques et subjectifs.

Face à la mort, un malaise partagé

Les entretiens réalisés auprès des soignants révèlent des sentiments d'abandon et d'incompréhension importants lorsqu'ils sont confrontés à la mort. Le système de santé, souvent axé sur la guérison à tout prix, peut négliger l'importance de l'accompagnement en fin de vie. Dans la culture hospitalière, la mort est souvent perçue comme un échec, tant sur le plan personnel que professionnel. En effet, elle marque la fin des soins, prérogative exclusive des vivants. Les soignants se retrouvent alors dans une position délicate, tiraillés entre les attentes institutionnelles et leurs propres valeurs humaines. Un profond malaise s'exprime donc chez ces derniers, en réponse à l'imposition des protocoles, aux « injonctions paradoxales » au sein des pratiques thérapeutiques – notamment dans un contexte d'accompagnement à la fin de vie –, ainsi que des « forts écarts » entre leur formation et les pratiques hospitalières – particulièrement au sujet de la relation avec le patient. Ce malaise est également partagé par les patients et leurs familles. Il se manifeste de différentes manières, soit par l'expression de nombreuses plaintes, des dénonciations à l'encontre des soignants et des institutions de soins, des échecs thérapeutiques, la rupture de l'alliance thérapeutique, des recours inappropriés aux urgences et une demande accrue de recours à l'euthanasie.

L'importance de la sociabilité autour de la mort

La perspective biomédicale de la mort modifie profondément la dynamique entre les soignants et les patients en influençant la manière dont ceux-ci interagissent et se perçoivent mutuellement dans le contexte des soins de santé. « *Tout de suite, dès que le patient meurt, notre travail de soignant se termine. Nous devons libérer le lit le plus tôt possible, nous n'avons pas le droit de faire la toilette funéraire. Le corps doit être soumis à d'autres protocoles. Mais, pour moi, il ne s'agit pas d'un corps, c'est toujours mon patient.* » Une transition brutale s'opère entre l'image d'un patient et celle d'un corps après la mort comme l'exprime l'embarras de cette infirmière ayant travaillé en réanimation. Pour elle, le patient garde son identité même après son décès. Cette idée se heurte cruellement aux impératifs du système hospitalier. La discordance entre ses valeurs humaines et les principes institutionnels est vécue comme une source de stress et d'anxiété constante.

L'absence de moments collectifs pour accompagner la mort d'un patient est également mise en lumière par les entretiens menés. En effet, la mort est un moment charnière qui entraîne une réorganisation sociale. Les rituels funéraires ne se limitent pas à de simples actes de mémoire, ils sont également un moyen de renforcer les liens communautaires. En partageant leur chagrin, les membres d'une communauté créent un espace de solidarité et de soutien mutuel. Ainsi, ils maintiennent le lien social entre les vivants et les morts tout en offrant un espace pour l'expression des émotions. Ils offrent donc un soutien inestimable aux personnes endeuillées, qu'il s'agisse de professionnels ou des membres de l'entourage.

Vers une réflexion collective

La mort, en tant que sujet de réflexion, nous pousse à interroger nos propres représentations, mais aussi à envisager des cadres institutionnels plus humains et respectueux des valeurs des professionnels, des patients et de leur entourage. Un risque élevé de burn out est repéré auprès des soignants qui se sentent souvent « maltraités » par les institutions et la société, considérant que celles-ci ne leur fournissent ni les outils, ni les espaces, ni le temps nécessaires pour élaborer l'expérience de la mort. Afin de prévenir l'épuisement professionnel et de favoriser un accompagnement de qualité, des espaces de dialogue et de soutien à destination des soignants s'avèrent nécessaires. Il importe aussi que des temps de formation soient proposés afin que les dimensions émotionnelles, culturelles et spirituelles de la mort soient abordées. ►

¹ Cette recherche a été menée à Livourne, en Italie, entre 2008 et 2010. *Dare protezione* est une association italienne qui s'inspire des principes de la philosophie bouddhiste tibétaine. Elle a été fondée dans le but de promouvoir la culture de l'accompagnement à la mort afin de soutenir les individus et les familles dans le processus délicat de la maladie grave et de la fin de vie. Grâce à la présence de bénévoles, d'assistants spirituels et de coaches, les personnes bénéficient d'un soutien humain et spirituel en soins palliatifs.

Écrire son deuil, testament de la rue

1 Les personnes citées
ont été anonymisées.

2 Meyer, P. J. et Segal,
G. (2023). Editorial:
The Role of Emotional
Dysregulation in
Addiction. *Frontiers
in psychology*, 14.

3 Davidson, L., Rowe, M.,
Tondora, J., O'Connell,
M. J. et Lawless, M. S.
(2008). *A Practical Guide
to Recovery-Oriented
Practice: Tools for
Transforming Mental
Health Care*. Oxford
University Press.

4 « Madame Mache
serait-elle pucelle ce
soir ?
Hé ! c'est que ma nine
est belle
C'est que ma nine a des
baisers de regardelles
C'est que ma nine chaque
soir c'est la gare !

De ces amours de stassi
à deux elle aime
Et de ses amants de
peuchères se faire un
gros dodo
Dans les rues les wagons
places de poèmes
Madame Macache s'en
ferait un bon porno

Regarde là à la rasbaille
place des Marseillaises
Sous l'escalier de ce pont
prends cet hymen fort
Fais le malin de ton
mafre et mets-toi à l'aise
Ça pue la cirrhose
numéro 5 de chez la
Mort ! »

« Et avant que la vie ou la mort ne me plombe/
dites-vous bien bourgeois que je suis né dans ma
tombe. » Cette citation apocryphe est expri-
mée par Sauveur¹ lors de notre rencontre devant une
église du 1^{er} arrondissement de Marseille. À l'époque,
cette personne nous a été signalée comme désorgani-
sée et pouvant être virulente à l'encontre des autres
passants, un état psychique inquiétant relevant des
missions de l'équipe mobile précarité et psychiatrie
(EMPP) dans laquelle j'exerçais. Son décès, survenu
quelques mois plus tard, marque le début d'une série
de textes poétiques de ma part.

L'inspiration par les symptômes

Bien que confronté de manière récurrente à une morta-
lité violente, mon processus de deuil a toujours eu pour
réponse un processus créatif d'écriture fort qui se lie
à un processus dissociatif, traduit par une multitude
d'hallucinations auditives, visuelles et olfactives. Bien
souvent, j'ai pu voir des personnes décédées marcher
dans une ruelle ou assises sur le banc du tramway, sentir
un bras s'enrouler autour de mon épaule ou entendre des
éclats et des jurons de voix familières dans un endroit
désert. Ces projections psychiques ont été alimentées
par une immersion linguistique intense dans la rue :
l'appropriation du langage utilisé par les personnes
m'a permis de les personnifier au travers d'une langue
verte et du parler marseillais.

Décrire la précarité pour exprimer son deuil

Toutefois, une contrainte demeure dans ce chemine-
ment : comment décrire à la fois une situation d'incer-
titude présente dans l'accompagnement d'un public
précaire, et une situation de certitude que la mort
impose ? Il n'est
pas rare qu'après
plusieurs années de
suivi une personne
décède dès sa pre-
mière nuit dans un
endroit sécurisé ou
que l'amélioration
soudaine de l'état
de santé d'une per-
sonne débouche sur
sa mort le jour sui-
vant. Une dysrégula-
tion émotionnelle²
importante apparaît
alors, une réalité
traumatique qu'il est
indispensable – il me

semble – d'évacuer de soi. Dans mon cas, l'acceptation
de la mort dans les étapes du deuil se traduit en partie
par la rédaction de ce déséquilibre profond : l'écriture
comme exutoire.

Dans les pratiques de l'EMPP, le rétablissement³ figure
comme une philosophie de fond. La dimension de jus-
tice sociale est prédominante, notamment au travers
de l'action de plaider. Quand nous accompagnons
un public en grande précarité, il est souvent difficile
de mettre des mots sur les actions que nous menons
ou même d'expliquer notre travail. Un repli sur soi, ou
d'entre soi, au sein des professionnels de l'équipe peut
se manifester. Prendre le biais littéraire pour décrire
un vécu marginalisé rétablit une parole incomprise,
contenant la défense d'une personne, d'une idée et d'une
cause grave. Écrire son deuil, comme le testament d'un
parcours commun, enclenche une libération émotion-
nelle forte et une acceptation de cet état de certitude
– soit la mort – d'une dure clarté.

Ne pas oublier d'écrire

Mon « testament » s'est traduit par plusieurs textes
écrits publiés dans un recueil, *Boumians* – signifiant
« vagabond » en langue provençale. Ils ont toujours suivi
le même procédé d'écriture : tout d'abord identifier une
phrase ou une idée échangée avec une personne accom-
pagnée ; puis, le contexte dans laquelle elle a été échan-
gée ; et enfin, essayer de trouver un sens ou une morale
à cet échange. Dans le cas de « Madame Macache » –
« macache » étant une expression populaire issue de
l'arabe *makanch*, « exprimant un refus, rien, le néant » –,
la rencontre avec Germain, la première personne que
j'ai rencontrée à mes débuts au sein de l'EMPP, a été
le point de départ. Dans sa logorrhée, cette expres-
sion revenait souvent dans un flot d'injures envers la
société et l'inhumanité des hommes. Cependant, Ger-
main avait une relation très forte avec la rue, la gare
Saint-Charles notamment, où il passait la plupart de son
temps. Il en prenait aussi soin en nettoyant les quais
et trottoirs alentours. C'est cet amour que j'ai essayé
d'exprimer dans ce texte. Un amour complexe par sa
violence, pour un endroit où Germain a pu vivre durant
plusieurs années. Un endroit qui l'a accepté, personnifié
en « Madame Macache ».

« Madame Macache n'est plus pucelle c'soir
Hé ! c'est qu'ma nine d'vient belle
Qu'ma nine d'baisers regardelles
Qu'ma nine d'chaque soir c'la gare !

D'ces amours stassi à deux sous ell'l'aim
Et d'ses amants d'peuchère s'faire nono
Dans l'hall d'ses duvets places de poème
Madame Macache en f'rait un bon porno

Roolke là à la rasbaï l'place des Marseillaises
Sous l'escalier d'ce pont tronche c't'hymen fort
Va faire l'mac d'son maffre et met toi z'à l'aise
Ça candave l'cirrhose numéro 5 d'chez la Mort* »

Pour des raisons de santé, j'ai dû arrêter ce travail
d'aller vers en rue. Pour autant, rendre hommage à
ces personnes invisibles constitue une place forte
dans mon engagement contre les inégalités socié-
tales actuelles, injustes et funestes. »



1 Konan, N. P. et Girardet, K. (2018). Pratiques funéraires et ressources de migrants en procédure d'asile confrontés à la mort d'un proche. *Diversité urbaine*, 18, 129-147.

2 Konan, N. P. et Girardet, K. (2018). (p. 143).

3 Freud, S. (1917 [1968]). Deuil et Mélancolie. Dans S. Freud, *Métopsychoanalyse* (traduit par J. Laplanche et J.-B. Pontalis). Gallimard-Folio.

4 Klass, D. et Steffen, E. M. (2018). *Continuing Bonds in Bereavement: New Directions for Research and Practice*. Routledge.

5 Bhugra, D. et Becker, M. A. (2005). Migration, cultural bereavement and cultural identity, *World Psychiatry*, 4(1), 18-24.

6 Walter, T. (1996). A New Model of Grief: Bereavement and Biography. *Mortality*, 1(1), 7-25.

7 Ben-Cheikh, I., Rachédi, L. et Rousseau, C. (2020). Deuil compliqué selon les cultures : défis diagnostiques et limites des classifications internationales. *Frontières*, 32(1).

Magali Molinié

Maîtresse de conférences en psychologie

Université Paris-8 (LPPC 2027)

Cornell University

L'exil face au deuil : entre vulnérabilités et ressources créatives

Peu d'études existent sur les vécus de deuil après un parcours de migration contraint.

Pourtant, comme l'indiquent N'Dri Paul Konan et Khadija Girardet¹, il importe de comprendre les significations sociales que les personnes attachent à la mort d'un proche, les pratiques qu'elles déploient alors, mais aussi comment un tel vécu s'inscrit dans leur vie quotidienne ainsi que dans leur parcours de vie. Identifier leurs ressources personnelles et sociales est indispensable, à la fois pour elles-mêmes, pour les travailleurs sociaux qui les accompagnent dans leur parcours d'insertion en se sentant parfois démunis, mais aussi pour les institutions publiques ou privées. Ceci est d'autant plus important, poursuivent ces auteurs, que « dans ces moments à forte charge émotionnelle et dans lesquels s'expriment fortement les croyances rattachées à l'univers symbolique et identitaire des personnes et des familles endeuillées, leurs attentes, leur manière de faire et d'être peuvent ne pas s'accorder avec les pratiques et les normes sociales en vigueur et aboutir parfois à des malentendus et à des incompréhensions² ».

Nous aborderons ici ces situations en trois points : primo, nos théories du deuil proposent une norme sociale et culturelle dans laquelle nous pouvons nous-mêmes, ou d'autres que nous, ne pas nous reconnaître. Secundo, certains modèles du deuil rendent mieux compte des expériences vécues du deuil et intègrent la question de la diversité culturelle des pratiques. Tertio, les deuils vécus dans l'exil et la précarité sociale présentent quelques spécificités.

De nouveaux modèles du deuil

En quelques décennies, après la Seconde Guerre mondiale, la conception inaugurée par Sigmund Freud du deuil comme un « travail du deuil » intrapsychique, devant aboutir au détachement des liens avec le défunt³, s'est imposée à la faveur de la médicalisation de nos existences. Elle s'est diffusée dans l'ensemble du corps social, jusqu'à devenir une sorte de norme que beaucoup d'entre nous ont intériorisée et à partir de laquelle nous évaluons notre stade de deuil ou celui de notre interlocuteur. Cependant, cette proposition érigeant en norme la rupture des liens avec le défunt s'est avérée être en contradiction flagrante avec ce qu'observaient les cliniciens-chercheurs sur le terrain. Ainsi, ce n'est pas parce qu'une personne meurt que la relation que nous entretenions avec elle meurt elle aussi, ont soutenu Dennis Klass et Edith Maria Steffen dès les années 1990⁴. Bien au contraire, après le décès, ces liens sont généralement maintenus.

Ces liens d'attachement se manifestent de diverses manières : les souvenirs, mais aussi un sentiment de présence de la personne décédée pouvant impliquer n'importe quel sens (le voir, l'entendre ou le sentir), la croyance en son influence toujours active sur les pensées ou les événements, ses visites dans les rêves ou sous forme de signes, le maintien d'un dialogue ou de gestes qui lui sont destinées. Ces expériences de contact avec un défunt n'ont pas de caractère pathologique en soi. Elles sont généralement bien vécues par les endeuillés et contribuent à l'élaboration du deuil. Dans de nombreuses cultures, les manifestations du deuil appropriées peuvent inclure le fait d'entendre des voix, de sentir la présence des morts ou même de recevoir la visite d'esprits surnaturels. Connaître ces expressions de chagrin est essentiel afin de différencier les réactions anormales et normales à la perte, de ne pas poser de diagnostics psychiatriques qui ne permettent pas de résoudre le problème de l'endeuillé et, dans le pire des cas, lui causent du tort⁵.

Ces liens continus sont intersubjectifs et non de simples constructions mentales individuelles. Ils contribuent à l'élaboration d'une compréhension et d'un sens à la perte. Après le décès, il s'agit de les transformer bien plus que de les supprimer. Ils sont mieux compris à l'intérieur de leur cadre culturel de référence, que les membres d'une société donnée utilisent pour donner un sens aux événements et à leurs expériences⁶. Ces cadres découlent des grands récits fondateurs d'une société – incluant Dieu, la vie, la mort et la réalité. Ils sont donc souvent liés à des dogmes religieux ou à des positions politiques qui soutiennent les pouvoirs religieux ou politiques existants, ou parfois y résistent. Ils aident les personnes à interpréter le maintien des liens comme étant acceptables ou inacceptables, ayant un sens ou aucun sens. Selon Tony Walter, la principale protection contre le risque d'imposer notre propre cadre à une autre personne ou à une autre culture est d'être conscient de l'éventail des cadres possibles. Suivant les traditions, l'expression des émotions peut être requise ou découragée⁷. Il n'est par ailleurs pas clairement montré que pour parvenir à se détacher de la personne décédée il faudrait parler de ses sentiments ou alors que l'absence de chagrin générerait le cours du deuil.

Les personnes endeuillées doivent à la fois faire le deuil de leur proche décédé, s'adapter à la nouvelle situation inaugurée par le décès, mais aussi apprendre de nouveaux rôles sociaux et identitaires. Ainsi, une veuve, au-delà de devoir s'adapter à son nouveau statut, peut également avoir besoin d'apprendre à conduire et à s'occuper des affaires fiscales du foyer.

8 Konan, N. P. et al. (2018). ;

Kokou-Kpolou, C., Mbassa Menick, D., Moukouta, C. et Ngameni, E. (2018). Étude du lien entre deuil, dépression et troubles somatiques auprès d'une population d'immigrés ouest-africains en Europe. *Revue européenne des migrations internationales*, 34(2-3).

9 Walter, T. (1996). p.14.

10 Neimeyer, R. A., Klass, D. et Dennis, M. R. (2014). A Social Constructionist Account of Grief: Loss and the Narration of Meaning. *Death Studies*, 38, 486.

11 Rachédi, L., Montgomery, C. et Halsouet, B. (2016). Mort et deuil en contexte migratoire : spécificités, réseaux et entraide. *Enfances Familiales Générations*, 24.

12 Rachédi, L. et al. (2016). ; Kokou-Kpolou, C. et al. (2018).

13 Rachédi, L. et al. (2016). ; Ben Cheikh, I. et al. (2020).

14 Rachédi, L. et al. (2016).

Le deuil doit être mis de côté lorsque nous nous consacrons à ces tâches. Autrement dit, le deuil consiste en une oscillation entre la confrontation et l'évitement du chagrin ; la confrontation ou l'évitement seul peuvent chacun à leur manière être mal adaptés. Vivre la perte d'un proche en situation d'exil, sans pouvoir se rendre aux obsèques en raison d'obstacles financiers ou liés à un statut de demandeur d'asile ou de clandestinité, peut provoquer l'évitement momentané du deuil. Celui-ci resurgira possiblement à distance du décès, de manière parfois intense, ou bien ne pourra être vécu pleinement que lors d'un retour ultérieur au pays, une fois celui-ci devenu possible⁸.

Un processus intrinsèquement social

Le deuil n'est pas seulement situé dans l'individu. Chargé d'organiser les obsèques de son amie Corina, Tony Walter a longuement parlé avec des amis communs pour préparer la cérémonie. Ces conversations ont eu un pouvoir de guérison pour lui, bien plus que ses pleurs ou ses dialogues intérieurs, note-t-il. Il constate ainsi qu'« il ne s'agissait pas d'un soutien social pour un processus de deuil intrinsèquement personnel, mais d'un processus intrinsèquement social au cours duquel nous [ses amis] avons négocié et renégocié qui était Corina, comment elle était morte et ce qu'elle avait signifié pour nous⁹ ».

Le deuil est aussi un vécu qui touche une famille et, au-delà, son entourage amical et social. Le deuil est « entre » les personnes autant, sinon plus, que « dans » les personnes, soutient également Robert Neimeyer : « La meilleure façon de le comprendre est donc de le considérer comme une interaction entre des récits intérieurs, interpersonnels, communautaires et culturels par lesquels les individus et les communautés construisent le sens de la vie et de la mort du défunt, ainsi que le statut post-mortem de la personne endeuillée au sein de la communauté plus large¹⁰. » Dans la plupart des situations de migration, les membres d'une même famille dispersés géographiquement restent en contact grâce notamment aux téléphones et aux réseaux sociaux. Ces réseaux de soutien transnationaux s'activent particulièrement lors d'une maladie grave ou d'un décès. Ils sont les espaces d'échanges essentiels rendant possible cette mise en sens, avec parfois l'apport complémentaire de ressources culturelles, culturelles et sociales si elles sont présentes dans la société hôte¹¹. Le modèle classique de la rupture des liens ne serait ainsi qu'un destin du deuil parmi d'autres. D'autres réponses, nombreuses et variées, existent. Il faut alors être très prudent avant de catégoriser certaines réponses comme pathologiques, particulièrement dans la rencontre interculturelle avec des personnes exilées.

Les deuils vécus dans la précarité

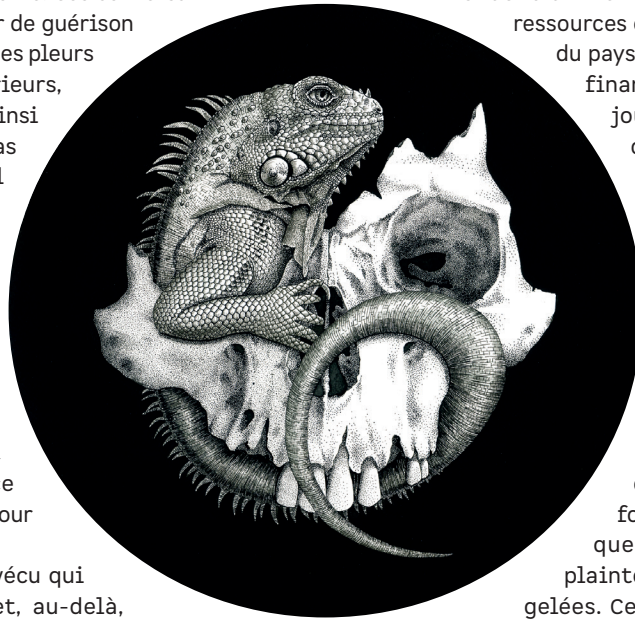
En situation d'exil, confronté à une société hôte qui durcit ses conditions d'accueil, le primo-arrivant fait face à des pertes multiples : celles des normes culturelles, des coutumes religieuses, des systèmes de soutien social de son pays d'origine, sans compter les décès qu'il a pu y connaître avant son départ ou lors de son parcours migratoire. Il doit s'adapter dans le même temps à une nouvelle culture, à des changements d'identité et de concept de soi. Ces stress multiples peuvent avoir un impact sur son bien-être mental. Les taux de maladie mentale sont ainsi plus élevés dans certains groupes de personnes migrantes, de même que le nombre de deuils compliqués. La précarité sociale elle-même a des effets sur la santé mentale tant sont grandes les souffrances liées à l'exclusion. Lors du décès d'un proche au pays, la précarité financière et l'impossibilité de quitter le pays hôte rendent difficile le fait d'accéder aux ressources culturelles et culturelles du pays d'origine, mais aussi de financer les obsèques et de jouer à distance son rôle dans les rituels de deuil auprès de sa famille.

Cette rupture du contrat social peut générer beaucoup de culpabilité, des vécus déchirants, ainsi que des conflits identitaires et culturels¹². Les réactions de deuil peuvent s'en trouver exacerbées, prendre des formes singulières (telles que des hantises ou des plaintes somatiques) ou être gelées. Cependant, les personnes migrantes endeuillées développent aussi

des stratégies adaptatives, des « forces de vie » qui se déploient lors de tels événements tragiques. Il importe de les identifier comme autant de ressources¹³.

Les ressources face à la perte

Ouvrant cette voie, Liliane Rachédi et ses collègues ont montré l'existence des réseaux d'entraide des personnes migrantes, que ce soit au niveau local ou transnational¹⁴. Il y a bien sûr la famille, qu'elle soit dans le pays d'origine ou elle-même en diaspora, mais aussi les amis proches. Les institutions, les communautés culturelles et religieuses du pays hôte peuvent également jouer un rôle de « tuteur de résilience ». En contribuant à donner un sens à la mort, les pratiques rituelles funéraires font partie des ressources favorables à la résilience. Le téléphone, les réseaux sociaux, les médias et les outils bancaires électroniques permettent aux personnes migrantes d'entretenir les liens précieux avec leurs réseaux de soutien. Enfin, même si elles sont souvent tuées par crainte d'être mal perçues, ne négligeons pas les relations parfois très investies avec un mort. Il peut être un compagnon dans l'infortune. Dans le meilleur des cas, il peut aussi devenir un allié plutôt qu'un obstacle dans les efforts pour en sortir. »



1 Cet article se concentra sur les personnes concernées par la migration forcée, soit pour des raisons économiques, de désordre ou de violence d'État dans leur pays d'origine.

2 Müller, F. et al. (2017). *Santé mentale des requérants d'asile traumatisés : état des lieux et recommandations*. Rapport à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), section Égalité face à la santé, Interface Politikstudien Forschung Beratung, Lucerne.

3 Carroll, H. A., Kvietok, A., Pauschardt, J., Freier, L. F. et Bird, M. (2023). Prevalence of common mental health disorders in forcibly displaced populations versus labor migrants by migration phase: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 321, 279-289.

4 Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2025). *Déterminants sociaux de la santé*. OMS.

5 Kleinman, A. (1981). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. University of California Press ;

Sanchis Zozaya, J., Tzartzas, K., Dao, M., Bodenmann, P. et Marion-Veyron, R. (2018). L'apport de la psychiatrie transculturelle aux soins de premier recours : pour une approche pragmatique pour des rencontres complexes. *Swiss Medical Forum*, 18(15), 325-331.

6 Sanchis Zozaya, J. (2021). *J'ai peur de les oublier. Deuil et accompagnement chez les adolescents requérants d'asile*. Georg Éditeur. Les Presses de l'Université de Montréal.

7 Hanus, M. (1998). *Les deuils dans la vie. Deuils et séparations chez l'adulte et chez l'enfant*. Maloine.

Les deuils des personnes migrantes en situation de précarité, quand la solution est dans le problème

Chez les personnes migrantes en situation de précarité¹, adultes comme mineurs, la prévalence des troubles psychiques oscille entre 40 et 60 % selon leur parcours migratoire et leur confrontation à des expériences difficiles tout au long de leur vie². Le trouble du stress post-traumatique, la dépression et les troubles anxieux sont les plus fréquents³. De nombreux patients vont nous être adressés en psychiatrie pour traiter ce type de problèmes, mais leur prise en charge est complexe pour diverses raisons. Souvent, les personnes migrantes se focalisent sur leur situation de précarité, qu'elles considèrent comme la seule cause de leur détresse psychique.

La précarité correspond à la limitation de certains besoins des individus dans les domaines relationnels et affectifs, impactant aussi leurs conditions de vie – tels que les déterminants sociaux de la santé. Cela fait référence aux « conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, ainsi que les forces plus larges qui façonnent les conditions de la vie quotidienne. La majeure partie de notre santé est déterminée par ces causes profondes non médicales de mauvaise santé, notamment l'accès limité à une éducation de qualité, à des aliments nutritifs et à un logement et des conditions de travail décentes⁴ ». La précarité génère une insécurité variable selon la personne et le contexte. Les conséquences peuvent être graves si elle persiste, pouvant aggraver des troubles psychiatriques préexistants ou en générer de nouveaux.

De surcroît, l'écart culturel entre le patient et le professionnel de santé peut provoquer des malentendus importants sur la compréhension de l'origine du problème et du traitement à proposer. Le modèle explicatif de la maladie varie selon les cultures⁵. Là où le professionnel de santé perçoit un trouble anxieux ou dépressif et propose un traitement psychiatrique, le patient peut l'interpréter comme un problème d'ordre spirituel (« c'est le destin » ou « je ne me suis pas comporté adéquatement selon la rigueur religieuse »), magique (possession ou mauvais œil), physique (puisque l'anxiété est ressentie au niveau du corps : boule à l'estomac, gorge serrée, douleurs diffuses...), ou simplement percevoir l'option d'un traitement psychiatrique comme stigmatisante. Par conséquent, il peut plutôt envisager de solliciter un guérisseur, un tradipraticien, une personne de référence dans sa religion ou un médecin ayurvédique.

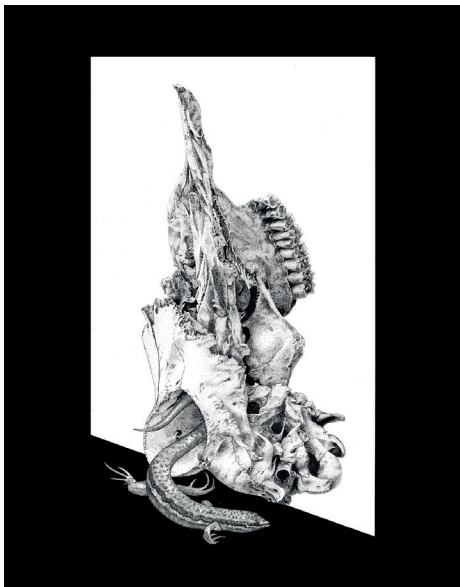
À cela s'ajoutent la problématique d'engorgement des services psychiatriques, les délais d'attente, le manque de formation en approche transculturelle chez de nombreux professionnels de santé, ainsi que le manque d'interprètes. Cela provoque des problèmes de compréhension mutuelle qui se soldent souvent par des rendez-vous manqués soit que le patient ne comprend pas l'utilité de la psychiatrie, ou que le professionnel décide d'arrêter le suivi, estimant que le patient ne souffre pas d'un problème psychiatrique, mais uniquement d'un problème d'ordre social. En conséquence, de nombreux patients ne seront pas pris en charge, ou le seront avec beaucoup de retard, ce qui impacte leur qualité de vie, favorise l'évolution vers des pathologies psychiatriques chroniques et réduit leurs chances d'intégration dans le pays d'accueil.

Comment approcher cette problématique ?

Un début de réponse commence en écoutant les personnes migrantes attentivement. Elles ne nous parlent pas de dépression, de troubles anxieux ou de trauma, mais évoquent souvent la précarité sociale et les pertes. Cela doit nous faire réfléchir aux multiples deuils auxquels elles sont confrontées⁶, soit :

- ce qu'elles laissent derrière elles. Il peut s'agir des êtres chers, décédés ou disparus, de l'éloignement de leurs familles et de leur quotidien familial, de leur quartier, leur lieu de travail et leurs écoles, leur cercle d'amis ; de la lumière ou de la température, des parfums de leurs lieux habituels ; de leur place dans la famille, leur rôle social, leurs filiations, affiliations et appartenances culturelles mises sous tension ;
- ce qu'elles n'ont pas trouvé dans le pays d'accueil et qui avait motivé leur migration. Cela fait, par exemple, référence à une situation économique et sociale meilleure, ou à la reconnaissance de leurs études ou acquis professionnels. Ces derniers n'étant pas reconnus, les personnes sont contraintes de travailler dans des métiers moins qualifiés. De surcroît, la précarité sociale ne leur permet pas de se sentir en sécurité pour que le processus naturel de deuil puisse se déployer.

Il est important de se rappeler que le deuil est la réaction psychologique normale face à la perte d'un être cher, mais plus largement face à la perte de tout « objet » concret ou symbolique investi affectivement



de manière significative⁷. Les personnes migrantes en accumulent beaucoup et nous avons tendance à les sous-estimer ou à psychiatriser toute forme de détresse psychique. Il s'agit de trouver le juste milieu et de déterminer quels professionnels doivent s'impliquer dans le cadre de cette prise en charge et comment. En effet, il me semble fondamental que au-delà des professionnels de la santé mentale, ceux du domaine du social, de l'enseignement et de la médecine de premier recours s'intéressent aux notions de pertes ainsi que de deuils et les abordent ouvertement. Ceci contribuera à catalyser la construction du lien de confiance entre les personnes migrantes et les professionnels, à réduire les écueils pour accéder à la psychiatrie, si cela s'avère nécessaire, et à élargir les options thérapeutiques avec des approches en santé mentale communautaire, moins coûteuses et qui aideront à désengorger les services psychiatriques.

Reconnaître la multitude de pertes auxquelles la personne migrante est confrontée favorisera chez elle le sentiment d'être comprise. Parler de pertes et de deuils est un acte universellement partagé, donc non stigmatisant, et bien plus facilement accepté comme un problème à prendre en compte. Cette universalité aidera aussi le professionnel dont la psychiatrie n'est pas le domaine, pouvant se sentir incompetent ou inapte à traiter ou à apporter des solutions face à la dépression, aux troubles anxieux ou aux traumatismes psychologiques. Or face à une personne endeuillée, il s'agit surtout d'accompagner – plus que de traiter –, de reconnaître que la détresse ressentie a un sens et qu'il est légitime de ne pas aller bien dans un tel contexte. Le professionnel pourra alors plus facilement aider à élaborer la perte, transformer le lien avec ce qui a été perdu, le réinvestir autrement, pour par la suite faciliter le tissage de nouveaux liens significatifs.

Construire le lien de confiance

Par ailleurs, les professionnels peuvent ressentir un sentiment de décalage ou d'étrangeté face à la différence culturelle de la personne migrante et, par conséquent, avoir l'impression de ne pas la comprendre. Parler de pertes et de deuils est alors un pont de compréhension mutuelle car tout le monde peut aisément comprendre que la perte peut générer une souffrance psychique. Le professionnel aura plus de chances de développer de l'empathie face à la détresse de la personne migrante et le lien de confiance se tissera réciproquement.

Par ailleurs, les professionnels peuvent ressentir un sentiment de décalage ou d'étrangeté face à la différence culturelle de la personne migrante et, par conséquent, avoir l'impression de ne pas la comprendre. Parler de pertes et de deuils est alors un pont de compréhension mutuelle car tout le monde peut aisément comprendre que la perte peut générer une souffrance psychique. Le professionnel aura plus de chances de développer de l'empathie face à la détresse de la personne migrante et le lien de confiance se tissera réciproquement.

Réduire les écueils pour accéder à la psychiatrie

Si un traitement psychiatrique est nécessaire, le deuil peut être considéré comme une « thématique pont », un sujet de conversation qui permet la rencontre entre deux mondes culturellement distincts. Parler de deuil permet d'introduire les notions de

tristesse, de nervosité, de ruminations, de troubles du sommeil, voire d'émotions plus complexes, telles que la culpabilité envers les défunts ou ceux restés au pays, ou encore la honte de ne pas avoir « réussi » sa migration. Cela permet d'ouvrir un espace psychique pour réfléchir ensemble à ce qui tourmente, tout en apportant une contenance relationnelle⁸ qui aidera aussi à penser ce qui peut aider à soulager cette souffrance. Il importe alors de s'intéresser aux références culturelles de la personne migrante, à ce qu'elle ferait dans son pays, mais aussi d'introduire la manière dont nous utilisons la psychiatrie « chez nous », en la présentant de manière nuancée pour réduire le stigma qui peut l'entourer. En présentant la psychiatrie comme une approche pour mieux gérer les effets du deuil, et non pour « traiter » une dépression ou un trauma psychologique (des concepts souvent absents dans d'autres cultures), nous rendons ces approches plus accessibles. Il ne s'agit pas de nier que les personnes migrantes souffrent de dépression, d'anxiété ou de trauma, mais de permettre une introduction progressive à ces concepts à partir d'un « objet commun partageable » qui permet d'abord de construire une relation de confiance, socle de toute prise en charge.

Élargir la palette d'options thérapeutiques via des approches communautaires

Nous avons mentionné que ces personnes souffrent surtout de précarité et de pertes pouvant provoquer ou aggraver des troubles psychiatriques. Il est donc nécessaire d'élargir les options de prise en charge en proposant des approches communautaires⁹ qui renforcent la socialisation, l'occupation, mais aussi redonnent du sens, du pouvoir d'agir et une structure au quotidien. Ces approches ont été largement prouvées comme étant efficaces¹⁰. Le soutien apporté par des assistants sociaux, éducateurs ou enseignants, peut également aider à trouver des solutions concrètes au quotidien. En effet, les personnes migrantes sont souvent confrontées à l'attente d'une décision sur leur demande d'asile, à la menace d'une expulsion et à l'impuissance de ne pas pouvoir décider quant à leur sort. L'approche communautaire permet de recréer des liens, de valoriser la solidarité, de relancer la capacité à penser et à être créatif, et par là, de réactiver des processus de deuil gelés, mis en attente, en lien avec la précarité sociale, affective et relationnelle.

Pour conclure, prendre soin de la santé mentale et de l'intégration des personnes concernées par la migration forcée est essentiel à l'amélioration de la qualité de vie de celles-ci et à notre cohésion sociale. Cela constitue donc une responsabilité collective. S'intéresser aux deuils, envisagés comme un « objet commun partageable » ou une « thématique pont », permet de rapprocher des univers culturels parfois très éloignés entre les professionnels et les personnes migrantes. Cela met également en évidence que la souffrance liée aux pertes n'est pas seulement un fardeau, mais témoigne aussi d'une qualité fondamentale pour la vie, celle de pouvoir tisser des liens, d'investir et d'aimer. Un problème se révèle rarement être en même temps une solution, sauf si sa compréhension et sa présentation sont modifiées. »

⁸ Ciccone, A. (2009). Le concept de fonction contenante. *Santé mentale*, 135, 22-27.

⁹ Thornicroft, G. et al. (2016). Community Mental Health Care Worldwide: Current Status and Further Developments. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(3), 276-286.

¹⁰ Turrini, G., Purgato, M., Acarturk, C., Anttila, M., Au, T., Ballette, F., Bird, M., Carswell, K., Churchill, R., Cuijpers, P., Hall, J., Hansen, L. J., Kösters, M., Lantta, T., Nosè, M., Ostuzzi, G., Sijbrandij, M., Tedeschi, F., Valimaki, M., Wancata, J. et Barbui, C. (2019). Efficacy and Acceptability of Psychosocial Interventions in Asylum Seekers and Refugees: Systematic Review and Meta-analysis. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(4), 376-388.

1 L'association Empreintes, d'abord nommée « Vivre son deuil », développe un accompagnement de deuil pour tous et partout à travers trois pôles d'activité : aider, former et mobiliser. Elle a créé le collectif deuils qui réunit 11 associations et fédérations engagées autour du deuil. L'étude « Deuils et inégalités sociales », réalisée entre octobre 2023 et 2025, a bénéficié du soutien de la Direction générale de la santé et de l'agence régionale de santé d'Île-de-France. Dans ce cadre, un comité de pilotage, réunissant des professionnels reconnus de la santé mentale, de l'insertion et de l'interculturalité, a été formé. Des entretiens ont été réalisés auprès des professionnels des structures accueillant des publics vulnérables et des personnes concernées.

Fanny Larue
Chargée de projet
Association Empreintes

Marie Tournigand
Ancienne déléguée générale
Association Empreintes

Les spécificités du deuil en situation d'inégalités sociales

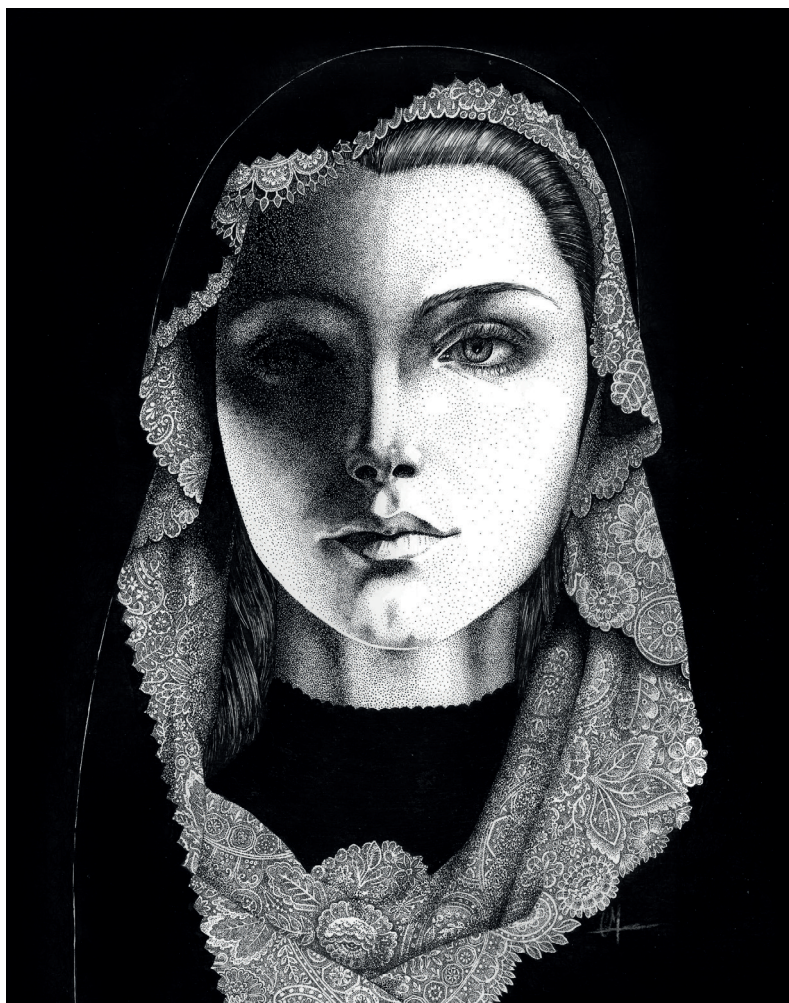
Les associations d'accompagnement au deuil constatent que les publics exposés à des inégalités sociales recourent peu à leurs offres. En effet, trois facteurs peuvent compliquer le processus de deuil, soit le lien avec le défunt, les circonstances du décès, mais aussi les fragilités et les antécédents individuels. Comment le deuil est-il vécu par les personnes en situation de vulnérabilité, de précarité, d'isolement ou de déficit d'accès aux soins ? Dans ces contextes, comment accompagner le deuil ? L'association Empreintes mène, depuis 2023, une étude permettant de dresser un état des lieux et d'identifier des propositions pour soutenir les personnes vulnérables face au deuil¹. Les contextes de migration, de détention, de protection de l'enfance, de victimisation ainsi que de grande précarité ont été explorés. Les observations partagées par l'ensemble des professionnels rencontrés ont constitué une matière précieuse. Elles ont révélé des éléments spécifiques aux expériences de deuil traversées par des personnes concernées par la vulnérabilité, ainsi

que l'exposition que vivent les professionnels qui les accompagnent.

Accompagner le deuil, regards de professionnels

Les situations décrites par les professionnels mettent en lumière le cumul de fragilités, l'isolement, les urgences de vie, les ruptures de parcours et les circonstances des décès des personnes. Indépendamment du contexte, il est important de souligner une convergence des expériences, des enjeux du deuil et de son accompagnement puisque, dans toutes les situations explorées, le deuil apparaît souvent comme étant traumatique, tu, répété, non reconnu, incertain, empêché, ou encore symbolique. Parmi les constats principaux qui ressortent des entretiens menés auprès des professionnels, nous pouvons tout d'abord citer le fait que le deuil est omniprésent dans les parcours des personnes. Souvent en toile de fond dans la vie des bénéficiaires, il demeure cependant rarement nommé ou exprimé. Les parcours de vie des personnes sont marqués par des ruptures, des séparations, des pertes anciennes ou récentes, laissant des empreintes durables et des douleurs souvent sourdes.

Une confusion fréquente entre le deuil symbolique et la perte réelle d'un être cher apparaît également. Les premières évocations de deuils concernent souvent « la vie d'avant », « la famille absente », « le logement perdu » avant d'aborder les vécus de deuils de « compagnons de galère », « de voisins et résidents » ou « de proches dont on a perdu le contact ». Les pertes, les ruptures et les décès vécus par les personnes accompagnées apparaissent multiples et imbriqués. Le sentiment de responsabilité des professionnels vis-à-vis des personnes accompagnées face aux questions liées à la fin de vie, à la mort et à la préparation des décisions anticipées marque lui aussi fortement les discours. Les besoins des professionnels face au deuil sont rarement pris en compte. En effet, peu d'espaces pour en parler en équipe existent et une forme de pudeur persiste, empêchant d'aborder cette thématique au travail. Pourtant, ces acteurs de terrain sont régulièrement confrontés à la mort des personnes qu'ils accompagnent, parfois sur une longue période, et qui sont majoritairement isolées de leurs familles ou socialement. Lorsqu'un décès survient et en l'absence de proches identifiés, ils endossent souvent la *responsabilité* de l'organisation des obsèques ou du tri des effets personnels. Ces situations génèrent un sentiment de dénuement lorsque rien n'a été anticipé et sont d'autant plus complexes lorsqu'elles résonnent avec des deuils personnels. Enfin, le positionnement de l'équipe et de la structure lors d'un décès sont attentivement



POUR ALLER PLUS LOIN...

Association Empreintes. (2025). *Deuil et inégalités sociales : état des lieux et enjeux d'accompagnement du deuil en contextes de vulnérabilité (détection, migration, grande précarité, enfance protégée, victimes)*. Association Empreintes.

observés par les personnes accompagnées. Ainsi, elles le perçoivent comme une forme d'indice sur la manière dont leur propre décès pourrait être traité. Ce signal fort mérite aussi d'être pris en compte.

Vivre le deuil, expériences des personnes concernées

À travers les entretiens menés², les personnes concernées ont exprimé leurs besoins au sujet du deuil et des questions liées à la fin de vie ainsi qu'aux obsèques, soulevant aussi certaines spécificités. Dans de nombreux récits, les deuils se répètent sans répit et s'accumulent. Ils concernent la perte d'amis, de proches, de voisins, mais aussi de compagnons de galère. L'enchaînement des décès, souvent brutaux, parfois violents, laisse peu de place à l'élaboration de chacun d'eux. « *J'ai fait mon calcul. En huit ans ici, il y a eu sept décès. Sept, c'est incroyable. J'ai jamais vu autant de décès* », dit Robert, résidant au sein d'une pension de famille. Les deuils de pairs sont souvent invisibilisés, privés de reconnaissance et d'espaces pour être partagés. Pourtant, des liens discrets se sont parfois tissés entre les personnes lors des petits déjeuners partagés, des activités collectives, des anniversaires fêtés ensemble dans les hébergements collectifs. Pour certaines d'entre elles, dont les vies sont marquées par les ruptures, il s'agissait parfois de leurs seuls liens. De plus, le décès de pairs auxquels on s'identifie renvoie à sa propre finitude, à ses peurs et à la réalité de son isolement, comme l'exprime Noël, soutenu par une association engagée auprès de personnes âgées isolées : « *Quand j'y pense, tous ceux qui sont partis, mes trois meilleurs copains. Dans ma tête, je ne dis rien, mais des fois, je crois toujours que le prochain, ce sera moi dans la boîte.* » De même, la

perte d'un animal, véritable compagnon de vie, suscite également une douleur profonde, pouvant par ailleurs raviver des deuils antérieurs ou fragiliser un équilibre déjà précaire. « *Ça a réactivé la mort de mon père [...]. Comme un abandon. Un re-abandon [...]. Ça m'a déclenché plein de choses* », évoque Élisabeth, accompagnée dans le cadre d'un dispositif visant à garantir un accompagnement digne des personnes en situation de précarité. Les deuils fragilisent les personnes. « *C'est dur de remonter une pente, surtout comme ça* », confie Noël, pour qui c'est important d'être là lorsqu'un résident, un voisin, un compagnon décède. « *C'est un coup à reprendre l'alcool* », ajoute-t-il. La douleur du deuil apparaît comme un facteur de grande vulnérabilité. Lorsqu'elle n'est ni exprimée, ni reconnue, ni accompagnée, elle devient un facteur de risque. Par conséquent, certaines personnes évoquent le fait de consommer de l'alcool, de se replier sur elles-mêmes, de s'isoler ou d'avoir des idées suicidaires.

Pour les personnes en situation de grande précarité et dont les priorités sont, avant tout, de trouver un lieu pour dormir, de se nourrir ou de régler des démarches administratives, les émotions sont souvent reléguées au second plan. De plus, l'isolement familial ou social fait que l'information qui concerne le décès d'un proche est aléatoire et arrive souvent de manière tardive. Ainsi, le contexte de rupture de liens ne favorise pas l'intégration de la réalité du décès et le partage des émotions. Ici, les deuils sont donc différés, comme l'explique Rémi, hébergé depuis plusieurs années en pension de famille, qui n'a pas pu assister aux obsèques de sa mère : « *Après, c'était trop tard, elle était déjà enterrée. Comment faire le deuil ?* » Enfin, en situation de précarité, les rituels collectifs peuvent être empêchés par des conflits familiaux, des contraintes matérielles, telles que l'absence de moyens financiers ou de moyens de locomotion, l'éloignement géographique ou une santé fragilisée par les conditions de vie. Les deuils et les rituels associés sont empêchés, comme le souligne Rémi : « *Je n'ai pas de moyen de locomotion. C'est surtout ça, comme je n'ai plus le droit de conduire et que là-bas où elle est enterrée, c'est un tout petit village, il n'y a pas de bus.* »

La force du lien

Il importe de reconnaître pleinement le vécu de deuil des personnes parallèlement exposées à des inégalités sociales et de renforcer leur soutien. Accompagner le deuil, c'est s'appuyer sur la force du lien social. Des liens nouveaux se tissent au sein des espaces collectifs et des lieux de vie, ces derniers sont essentiels au soutien d'une personne endeuillée. L'objectif est également de donner aux personnes l'accès à une écoute individuelle ou collective, fondée sur des connaissances et des compétences concernant les spécificités de leur situation, le deuil et son accompagnement. Le soutien apporté par les professionnels doit être valorisé car ils accompagnent avec justesse et pudeur ces vécus sensibles. Ils doivent être davantage outillés, soutenus et pouvoir s'appuyer sur des formations, de la supervision ainsi que sur des relais extérieurs, comme certaines associations d'accompagnement au deuil ou des professionnels experts. »



1 L'équipe composée de chargé-e-s de mission et d'intervenant-e-s pairs propose plusieurs types d'actions collectives en Auvergne-Rhône-Alpes. Elle accompagne des acteurs de l'accueil hébergement insertion et logement sur la fin de vie, la mort et le deuil, mais aussi, en miroir, les acteurs de ces domaines sur la précarité. En parallèle, elle crée des ressources à partir des besoins repérés sur le terrain et mène des actions de sensibilisation et de mobilisation collective sur ces sujets. Cet article dévoile des extraits de paroles d'intervenant-e-s pairs de la plateforme ViP issus de la première rencontre autour du projet de l'exposition photographique « Nos galères, nos deuils, nous ! Et vous ? », du bilan de celle-ci (2023), ou du bilan du projet théâtre « Petits conseils pour ceux qui restent... par ceux qui sont restés » (2024). Les personnes citées ont été anonymisées.

2 Soit Mathilde Parquet (photographe), Tiffany Loomans (accompagnante du deuil) et Elsa Dol (monteuse son) pour l'exposition photo, le livre et les podcasts et la compagnie Cent Détours pour le théâtre.

3 Clarisse Brunelle-Juvanon évoque l'image d'un « disque rayé » au sein de ses travaux avec des équipiers de la boutique Solidarité Emmaüs. Fondation Abbé Pierre. (2022). *L'engagement solidaire : une contribution à l'émergence d'une nouvelle vision de l'action sociale*. Fondation Abbé Pierre.

POUR ALLER PLUS LOIN...

Découvrez, sur le site internet de la plateforme ViP, l'exposition photographique « Nos galères, nos deuils, nous ! Et vous ? », une série de podcasts, un livre et la pièce de théâtre « Petits conseils pour ceux qui restent... par ceux qui sont restés ».

Charlotte Doubovtetzky,
Clémentine Gay, Marie Millot
Chargées de mission Périrormtem
Plateforme ViP, Relais Ozanam
(Groupement des possibles)

La mort vivante

La mort est une réalité à laquelle sont confronté-e-s les professionnel-le-s de l'accompagnement social, mais aussi les personnes accompagnées. La plateforme vieillissement et précarité (ViP), portée par l'association le Relais Ozanam, membre du Groupement des possibles, travaille avec des professionnel-le-s de l'accompagnement et des personnes concernées par le vieillissement, la fin de vie, la mort et le deuil dans un contexte de précarité¹.

« Je veux que les gens sachent. » Irène

Appelée à accompagner les équipes des structures d'hébergement confrontées au deuil, cette thématique a été intégrée aux formations menées auprès des professionnel-le-s et aux ateliers destinés au public en situation de précarité menés par la plateforme. Des temps collectifs ont également été organisés et des groupes ont été accompagnés à créer des rituels ou des hommages, par exemple, en mettant en place un coin photo ou en plantant un arbre. Par la suite, l'envie de « faire du beau avec du moche » en faisant du deuil une thématique à explorer, à parler, à jouer, à créer... et à vivre a émergé. La photographie, l'écriture et le jeu ont été mis au service des personnes en situation de précarité endeuillées afin de leur permettre de parler de leurs expériences individuelles, mais aussi de les mettre sur la place publique, de rendre visibles ces morts et ces douleurs invisibles. Une exposition photographique, une série de podcasts, un livre et une pièce de théâtre ont vu le jour. Ces projets, menés avec des modalités adaptées au public - ateliers courts, horaires ajustés aux rythmes de chacun-e, déplacement sur les lieux de vie - et ayant comme finalité la réalisation d'un objet final, ont permis aux langues de se délier, aux récits de se raconter et aux images de se dessiner.

« C'était pas facile, mais waouh, il était temps que ça sorte. » Claire

Les projets ont eu de nombreux effets sur les participant-e-s. Les personnes ont évoqué les spécificités des deuils dans un contexte de précarité tout comme l'universalité des chemins de deuil.

« Qu'on soit à la rue ou pas, les sentiments sont les mêmes, il faut leur dire ça aux gens. C'est juste qu'on ne peut pas les exprimer pareil et qu'on n'a pas forcément les mêmes occasions de le faire. » Irène

Les formes classiques d'accompagnement au deuil ne sont pas forcément adaptées aux personnes précaires. Au sein des groupes de parole, les personnes concernées par la précarité ne trouvent pas toujours leur place. Comment raconter la violence

de la rue ou de la migration à des personnes qui ne connaissent pas ces réalités ? Comment relater le fait de vivre des décès répétés autour de soi dans des conditions violentes ? Et, en pratique, comment assurer sa venue à des groupes ou des rendez-vous réguliers lorsque sa vie est une « grande galère » ? Ces projets ont finalement constitué de réels accompagnements du deuil, comme l'illustrent Robert et Claire :

« Au début j'ai dit oui [pour participer à l'exposition photo], en me disant que ça servirait à d'autres et maintenant que je l'ai fait je me rends compte que ça m'a beaucoup servi à moi. » Robert

« Le passage en image m'a permis de comprendre des choses que j'avais jamais comprises. Ça m'a bien fait avancer. » Claire

Les personnes en situation de précarité sont régulièrement exclues des rituels lors de décès de proches, alors que ce sont des moments clés dans les chemins de deuil. En effet, lorsque leurs vies sont marquées par des ruptures familiales, les obsèques peuvent être gérées par la famille « de sang » sans impliquer celle « de cœur ». La participation aux projets et à leurs réalisations ont, pour certain-e-s, joué le rôle de rituel ou d'hommage qui n'avait pu être accomplis.

« Je veux laisser une trace pour ne pas oublier. » Robert

Enfin, l'entraide collective fait partie de la méthode de ViP qui défend le principe de soutien entre pairs. C'est également l'un des supports mobilisables dans l'accompagnement du deuil. Cet aspect a été fortement ressenti par les participant-e-s.

« Ça fait du bien d'être soudés. » Ewen

« Juste en parler je ne l'aurais pas fait, moi c'est le fait que ce soit inscrit dans un projet avec d'autres qui m'a fait accepter... et je ne regrette pas. » Daniel

Aborder la mort et le deuil « sans tabou » ne signifie pas que ces sujets ne doivent pas être considérés comme des sujets complexes. La plateforme ViP, avec ses compagnon-ne-s de route², a proposé un cadre permettant d'accueillir et de respecter les émotions des participant-e-s. Toutefois, ces précautions n'ont parfois pas été suffisantes, notamment pour des personnes impliquées dans plusieurs projets qui ont raconté plusieurs fois leurs vécus de deuil. Certain-e-s ont vécu cela comme un emprisonnement dans leur histoire, comparable à des « disques rayés³ ». L'accompagnement proposé au groupe d'intervenant-e-s pair-e-s a été reconsidéré par la suite, une analyse de la pratique a notamment été mise en place.

Pour conclure, ces projets ont fait bouger les vivant-e-s : les endeuillé-e-s dans leurs chemins de deuil et donc de vie, mais aussi les professionnel-le-s et les institutions autour d'eux-elles, dans un mouvement d'évolution continu. ▮



Artiste du numéro

Camille Murgue

Camille Murgue est une illustratrice lyonnaise dont la plume et l'encre de Chine sur papier sont les outils de prédilection. Ses dessins sont régulièrement exposés (à Lyon, Paris, Nantes ou New York) tandis qu'elle travaille, notamment, avec des marques, des brasseries, et principalement sur l'illustration de pochettes d'album de groupes de musique.

Ses pièces sont peuplées de figures féminines énigmatiques et fortes, de créatures hybrides et d'une nature belle et indomptable. Oscillant entre l'étrange et l'élégant, ces personnages, parfois inventés, parfois librement inspirés de mythes anciens, de légendes folkloriques ou d'archétypes symboliques, semblent habiter un univers intemporel où les frontières entre les êtres, la vie et la mort, se dissolvent. L'artiste aborde la dualité de la vie ; aussi bien sa force que sa fragilité, sa capacité à la transformation, à l'évolution et au renouvellement. Elle mêle ainsi le merveilleux au macabre, pour donner à voir des vanités oniriques et sombres.

Œuvres publiées dans ce numéro de *Rhizome* :

Circé (couverture), *Murmures* (p. 2), *Confiance* (p. 8), *Caduce* (p. 9), *Yokai* (p. 10), *Contexture* (p. 12), *Iguane* (p. 14), *Forteresse* (p. 16), *Portrait au voile* (p. 17), *Spectre* (p. 18), *Botantomalogia* (p. 19), *Cathy* (p. 20).

camillemurgue.com

Instagram : [@camille_murgue](https://www.instagram.com/camille_murgue)

RÉSUMÉ DU NUMÉRO

#95

Ce numéro explore le deuil dans ses multiples dimensions : clinique, sociale, institutionnelle, culturelle et politique... Les articles donnent à voir différentes manières de définir le deuil, de l'accompagner et de faire une place aux morts dans nos sociétés. Ils montrent comment la perte traverse les existences, les métiers, les migrations et les précarités. En éclairant les deuils empêchés, invisibles ou répétés des personnes en situation de vulnérabilité, ainsi que les épreuves vécues par les professionnels, ce numéro invite à repenser collectivement nos façons d'accueillir la mort ainsi que celles et ceux qu'elle atteint.



Abonnement sur le site de
l'Orspere-Samdarra

Rhizome est un bulletin national trimestriel édité par l'Orspere-Samdarra avec le soutien de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement.

Directeur de publication :
Nicolas CHAMBON

Directrices adjointes de publication :
Gwen LE GOFF,
Directrice adjointe de l'Orspere-Samdarra (Lyon)
Élodie PICOLET,
Psychologue, Orspere-Samdarra (Lyon)

Assistante de rédaction :
Natacha CARBONEL

Comité de rédaction :
Jean-Marie ANDRÉ,
Professeur à l'EHESP (Rennes)
Marianne AUFFRET,
Directrice générale de l'Unaj (Paris)
Arnaud BÉAL,
Psychologue (Roanne)
Lotfi BECHELLAOUI,
Pair-aidant en santé mentale (Lyon)

Raphaël BOULOUDNINE,
Coordinateur national d'un Chez soi d'abord (Paris)
Vanessa EVRARD,
Pair-aidante en santé mentale (Lyon)

Benoît EYRAUD,
Sociologue (Lyon)
Morgan FAHMI,
Psychiatre, Orspere-Samdarra (Lyon)
Étienne FABRIS,
Directeur général du GIE La Ville Autrement (Lyon)
Jean-François KRZYZANIAK,
Patient-expert (Angers)
Émilie LABEYRIE,
Psychologue (Marseille)
Camille LANCELEVÉE,
Sociologue (Strasbourg)
Christian LAVAL,
Sociologue (Lyon)
Antoine LAZARUS,
Professeur honoraire de de santé publique et de médecine sociale (Gentilly)
Aziliz LE CALLONNEC,
Doctorante, Orspere-Samdarra (Lyon)
Philippe LE FERRAND,
Psychiatre (Rennes)
Fidèle MABANZA,
Poète, formé à la philosophie (Villefontaine)
Alain MERCUEL,
Psychiatre (Paris)
Éric MESSENS,
Directeur de l'association Terres rouges (Bruxelles)
Bertrand RAVON,
Sociologue (Lyon)
Serena TALLARICO, Anthropologue, docteure en psychologie, Orspere-Samdarra (Lyon)

Andréa TORTELLI,
Psychiatre (Paris)
Nadia TOUHAMI,
Autrice (Marseille)
Stéphanie VANDENTORREN,
Médecin épidémiologiste de santé publique (Paris)
Halima ZEROUG-VIAL,
Psychiatre, directrice de l'Orspere-Samdarra (Lyon)

Invitée :
Magali MOLINIÉ,
Maîtresse de conférences en psychologie (Paris)

Contact rédaction :
Orspere-Samdarra, Le Vinatier
Psychiatrie universitaire Lyon Métropole
95, bvd Pinel 69678 BRON CEDEX
04 37 91 53 90
orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr
orspere-samdarra.com

Relecture : Sidonie HAN
Réalisation : Hélène BERTHOLIER
Direction artistique : Manoël VERDIEL
Imprimerie Courand & associés
82 Route de Crémieu 38 230
TIGNIEU-JAMEYZIEU

Dépôt légal : Décembre 2025
ISSN : 1622-2032
N° CPPAP : 0910B05589
Tirage : 5000 exemplaires

L'Orspere-Samdarra, observatoire national « Santé mentale, vulnérabilités et sociétés », est dirigé par Halima Zeroug-Vial et est composé d'une équipe pluridisciplinaire.

L'Observatoire est organisé en 3 pôles : recherche, ressource et édition. Il porte les diplômes universitaires « Santé, société et migration », « Dialogues - Médiation, interprétariat et migration » et « Logement d'abord ».

En complément des revues *Rhizome*, découvrez les ouvrages publiés par les éditions les Presses de Rhizome et commandez-les sur la plateforme Cairn.info.