

Santé•Ensemble



La lettre d'information de la santé publique en Île-de-France ► 29 janvier 2026 | #

EDITO

Le deuil est-il un déterminant de santé comme les autres ? Vous avez quatre heures. Et si vous séchez sur le sujet, ce très beau numéro de Santé Ensemble pourra vous donner du grain à moudre. Bonne lecture !

Jean Fabre Mons
Directeur adjoint de la Santé publique

LE THÈME DE LA SEMAINE

● Le deuil : une expérience humaine et un enjeu de santé publique ●

► Le deuil est un [« état affectif dououreux provoqué par la mort d'un être aimé »](#). Il désigne aussi une période, « la période de douleur et de chagrin qui suit cette disparition. »

Il est parfois compliqué de définir les contours de ce qu'est le deuil et ce qu'il inclut comme impact pour les populations.

[Le deuil, malgré son caractère universel, n'est pas considéré comme un statut ou une catégorie sociale.](#)

Par ailleurs, **chaque personne n'est pas touchée de la même manière par la mort d'un être proche, selon son âge et son genre** – les femmes vivent plus longtemps en moyenne et donc sont plus concernées par le veuvage, **et sa classe sociale** – car en France les descendants et les descendants sont tenus d'organiser les obsèques d'une personne défunte qui n'aurait pas anticipé leurs coûts.

Aussi, les différences culturelles peuvent induire des rites funéraires spécifiques, qu'il s'agit de connaître pour que les professionnels puissent accompagner au mieux les personnes touchées par le deuil.



Selon [une enquête du CREDOC](#) en 2025 :

- 89% des personnes déclarent avoir vécu un décès qui les a particulièrement affectées au cours de leur vie -soit 4% de plus qu'en 2016

- 56% des personnes ayant vécu un décès qui les a particulièrement affectées estiment être toujours en deuil actuellement ;

- 11% des endeuillés sont susceptibles de **souffrir d'un trouble de deuil prolongé**

- 10% des personnes endeuillées déclarent avoir contracté une maladie ou qu'une maladie s'est aggravée à la suite du décès ;

- 84% de ceux-ci déclarant qu'un diagnostic médical a été établi ;

- Près de la moitié des personnes endeuillées déclarent avoir augmenté leur consommation de médicaments et 44% celles d'alcool ou de tabac ;

- Enfin, quant aux impacts psychiques, près de six personnes endeuillées sur dix déclarent souffrir aujourd'hui d'épisodes dépressifs et une sur cinq de pensées suicidaires. La moitié des personnes endeuillées déclarent avoir ressenti de l'isolement.

Ils racontent

Association Empreintes : « Resocialiser le deuil pour expliquer que c'est un processus naturel, sensibiliser et former un maximum de monde »

Fanny Larue – Coordinatrice du Collectif deuilS et Responsable plaidoyer



■ Pouvez-vous me parler de vos missions à l'association Empreintes ?

« J'ai rejoint l'association en octobre 2022 après avoir suivi le DU Deuil et travail de deuil à l'Université Paris-Saclay. J'ai intégré un projet qui consistait à coordonner un collectif inter-associatif : il s'agissait de réunir des associations qui accompagnent le deuil partout en France, sous le pilotage de l'association Empreintes.

Aujourd'hui, ce collectif constitue une tête de réseau nationale, soutenu par la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF) et en lien étroit avec plusieurs CAF sur différents territoires. Par ailleurs, je travaille également sur la question du deuil et des inégalités dans le cadre d'un projet porté par Empreintes.

L'association s'organise autour de trois pôles : **un pôle d'accompagnement des personnes endeuillées, un pôle de formation et un pôle de mobilisation.** Sur ce dernier, en collaboration avec la Direction Générale de la Santé, l'association a mené en 2023 un travail visant à mieux comprendre le vécu de deuil des personnes exposées à des inégalités sociales. Ce besoin avait également été identifié par les associations membres du collectif et d'autres structures intervenant sur le deuil : certains publics ne sont pas accompagnés et ne se tournent pas vers les structures existantes.

L'objectif était donc de mieux comprendre le parcours et l'expérience de deuil de ces personnes.

Comme il était impossible d'investiguer toutes les vulnérabilités, nous en avons ciblé certaines : **les personnes en situation de migration, les personnes détenues, les personnes en grande précarité, et les mineurs relevant de la protection de l'enfance.**

Ce sont aujourd'hui des publics auprès desquels nous intervenons peu ou pas.

Empreintes, association qui a fêté ses 30 ans en 2005 et qui a été créée par le Dr Michel Hanus, a pour objectif d'accompagner le deuil partout et pour tous. Or, certains lieux restent encore hors de portée, et certaines personnes ne sont pas accompagnées — d'où l'importance de cette recherche-action.

L'ARS Île-de-France a rejoint le projet en 2024, en participant au comité de pilotage. Ces travaux consistaient à réaliser des entretiens qualitatifs auprès des personnes concernées et des professionnels qui les accompagnent, avec l'appui d'un comité de pilotage composé d'experts. »

■ Avez-vous d'autres partenaires ?

« La DGS, et l'ARS Île-de-France nous soutiennent sur ce projet, ainsi que plusieurs fondations et mécénats autour de cette question du deuil en contexte de vulnérabilités. Nous veillons également à travailler en lien avec de nombreux professionnels, enseignants et chercheurs universitaires.

La CNAF soutient Empreintes dans un projet de tête de réseau émergente. En effet, depuis quelques années, la CNAF déploie une offre d'accompagnement du deuil dans les CAF pour les allocataires — ou non allocataires — qui perdent un enfant de moins de 25 ans ou un conjoint. L'enjeu, pour les CAF, est d'identifier des associations locales pouvant servir de relais aux travailleurs sociaux. **C'est ainsi qu'a été constitué le Collectif DeuilS, un collectif inter-associatif réunissant 11 associations, chacune disposant d'antennes en France hexagonale et en Outre-mer.**

Le Collectif deuilS repose sur un important travail de réseau mais il ne réalise pas de prise en charge directe des personnes endeuillées ; ce sont ensuite des bénévoles ou des professionnels qui accompagnent les personnes endeuillées au sein de leurs associations respectives.

Concernant Empreintes, nous sommes une association nationale disposant d'une ligne d'écoute anonyme et gratuite pour les personnes endeuillées et nous avons des locaux à Paris où nous proposons un accompagnement assuré par nos psychologues et bénévoles, en présentiel et également à distance en visio.

Le Collectif Deuil est devenu un partenaire privilégié pour les CAF. Lorsqu'elles ont un besoin, elles peuvent nous solliciter car nous travaillons avec un cercle élargi de structures locales qui, même si elles ne sont pas membres du collectif, participent à un travail d'échange et de collaboration. Mon rôle, dans cette fonction de tête de réseau, est de

permettre la circulation des informations et le partage de bonnes pratiques. Il s'agit de garantir un socle commun à l'ensemble des acteurs et d'assurer un cadre déontologique suffisamment solide pour éviter les abus ou les dérives sectaires, tout en accompagnant les personnes en situation de grande fragilité. »

■ **Identifiez-vous des leviers et des freins dans le travail effectué sur le deuil par les structures et les personnes accompagnantes ?**

« Si l'on schématise le paysage associatif autour du deuil, on distingue deux grands types de structures : les associations de personnes endeuillées et les associations qui accompagnent les personnes en deuil. La frontière est importante, car l'accompagnement ne repose pas seulement sur l'expérience personnelle du deuil, mais sur la manière d'accompagner les autres, même sans être nécessairement psychologue ou sans être soi-même directement concerné par un deuil. Pour cela, il faut un recrutement attentif : les bénévoles doivent avoir suffisamment de recul sur leur propre histoire, et une certaine distance émotionnelle. Leur formation est essentielle et s'étend en moyenne, selon les associations, entre douze et dix-huit mois avant qu'ils puissent accompagner quelqu'un.

À cela s'ajoutent des temps de supervision, indispensables car les récits entendus sont souvent douloureux et peuvent résonner avec des vécus personnels.

Dans la plupart des associations, l'accompagnement se fait en équipe : un écoutant et parfois un observateur plus silencieux, mais toujours avec l'idée de ne jamais laisser une personne seule face à un endeuillé.

En parallèle, la question des tabous autour du deuil demeure centrale. Il faudrait parler davantage du deuil, car c'est une expérience universelle : tout le monde y est confronté un jour, et pourtant il reste largement invisible dans la société. Tout l'enjeu d'un collectif est d'être plus nombreux, et de porter une voix commune. L'objectif est de resocialiser le deuil, de lever les tabous et de lutter contre les injonctions adressées aux personnes endeuillées. On a tendance à cantonner le deuil à la sphère privée, alors qu'il a des conséquences profondes sur la santé mentale et physique, sur la vie professionnelle et sociale. Le deuil peut entraîner de l'isolement, une fragilité accrue ou une altération de l'état de santé. Les associations observent ces réalités depuis longtemps sur le terrain. Empreintes souhaite les mettre en lumière, les relier aux recherches universitaires ou cliniques, et contribuer à mieux reconnaître ces enjeux. **Lever le tabou sur le deuil reste l'une de nos missions essentielles. »**

■ **Ces missions s'appuient sur des données, ainsi que de la recherche ?**

Pour la 4^e édition des Assises du deuil, nous avons produit une nouvelle étude réalisée par le CREDOC et le SAF (*Syndicat de l'art funéraire*). Cette étude met en lumière ce que les associations constatent depuis longtemps, tout en apportant des données plus larges sur une population générale, afin de resocialiser le deuil et de mieux le comprendre. Parmi les nouveautés, l'étude intègre une recherche sur la prévalence du trouble du deuil prolongé, ce qui constitue un élément particulièrement innovant pour une enquête de ce type.

On arrive ainsi à un taux de 11 % de troubles possibles du deuil prolongé, c'est-à-dire un deuil qui se prolonge au-delà d'un an, avec différentes manifestations et des symptômes qui peuvent être très pénalisants pour la personne endeuillée. Il ne s'agit évidemment pas d'une généralité : on peut accompagner quelqu'un dont le deuil remonte à dix ans, sans que la personne présente un trouble du deuil prolongé. Mais cette étude du CREDOC montre bien la temporalité très longue que peut prendre un deuil, alors que la société et les institutions ont tendance à vouloir le cantonner à la première année. **Les résultats révèlent que, pour la moitié des personnes interrogées, le deuil dure au moins cinq ans, et pour beaucoup, il n'a pas réellement de fin.** Nous disposons également de données actualisées sur les pensées suicidaires liées au deuil, ainsi que sur l'impact du deuil dans la sphère professionnelle. »

■ **Et à propos des publics vulnérables ?**

« Concernant les publics vulnérables, **les associations constatent que ces personnes ne viennent pas jusqu'à nous**. Il nous fallait donc comprendre comment aller vers elles et identifier les spécificités de leurs vécus. Dans un premier temps, nous avons interrogé les professionnels qui les accompagnent, et nous avons très vite constaté des particularités fortes : des deuils souvent traumatiques, comme lors des parcours de migration avec la traversée de la Méditerranée ; en détention, où le suicide d'un co-détenu peut provoquer un choc majeur ; en grande précarité, lorsqu'une personne découvre au réveil que son compagnon de rue est décédé. **Nous avons observé des deuils plus nombreux, plus violents, parfois mis sur pause, parce que l'urgence de vie consiste avant tout à savoir où dormir, quoi manger ou comment obtenir des papiers.**

Après avoir identifié ces éléments, nous sommes allés interroger directement les personnes concernées. Nous avons ainsi rencontré des personnes détenues, des personnes migrantes, notamment des mineurs non accompagnés, des victimes confrontées à des féminicides ou à des suicides forcés qui nous ont apporté des informations très précieuses sur leur vécu du deuil et sur leurs besoins.

L'objectif est désormais de pouvoir transmettre ces connaissances. Trop souvent, les personnes endeuillées ne savent même pas que nous existons au moment où elles auraient besoin de soutien. Nous avons donc devant nous plusieurs

mois pour diffuser ces enseignements, insister sur l'importance du lien social, outiller les professionnels de première ligne pour les aider à accompagner et orienter correctement, et de poursuivre le travail d'aller-vers, car de nombreux freins empêchent encore les personnes de venir pousser la porte d'une association.

Il est indispensable de lever les craintes liées à la confiance, à la confidentialité ou aux tabous autour de l'accompagnement psychologique ou non. **Resocialiser le deuil, expliquer qu'il s'agit d'un processus naturel, sensibiliser et former un maximum de personnes. C'est dans cette direction que nous voulons aller.** »

« L'accompagnement du deuil est un enjeu de prévention »

Esther Vaux – infirmière au CheckPoint et exerçant anciennement en soins palliatifs

■ **Est-ce qu'il y aurait des choses à savoir lorsqu'on est professionnel-le de santé confronté-e au deuil ?**

« En tant que professionnel·le de santé, nous serons tous confronté·es à un décès au cours de notre carrière, quel que soit le service dans lequel nous exerçons. Il est donc essentiel de connaître les différentes étapes du deuil afin de pouvoir les comprendre et les accompagner au mieux.

Par exemple, **la colère est une étape normale du processus de deuil qui peut parfois être dirigée vers les institutions ou vers les soignants, car nous représentons la maladie, la perte d'autonomie ou encore la fin de vie. Il est important d'en avoir conscience afin de pouvoir accueillir cette colère avec le recul nécessaire et ne pas la prendre pour soi.**

Cette colère vise ce que nous incarnons à ce moment-là, et non la personne du soignant en tant que telle.



Il est également fondamental de connaître les différentes représentations de la mort et du deuil selon les cultures et les religions, afin de comprendre les rites et les croyances et de les respecter. Certaines pratiques peuvent parfois être en tension avec les contraintes institutionnelles. **Le fait de reconnaître et de respecter ces différences, de les écouter et de les prendre en compte, peut jouer un rôle important dans la manière dont le deuil est vécu par les proches.**

Enfin, le deuil ne concerne pas uniquement les proches des personnes décédées. Les patients eux-mêmes peuvent être amenés à faire le deuil d'un état antérieur, d'une autonomie perdue ou d'une vie telle qu'ils la connaissaient. **Ces situations s'inscrivent dans un même schéma, comprenant les étapes du choc, de la tristesse, de la colère et de l'acceptation.**

Ainsi, parfois sans même nous en rendre compte, lorsque nous accompagnons des personnes en perte d'autonomie, atteintes de maladies chroniques ou incurables, nous sommes déjà confronté·es à ces différentes étapes du deuil et participons à leur accompagnement. »

■ **Le deuil représente-t-il un enjeu important dans le système de soins actuellement ?**

« Il existe un véritable enjeu à accompagner le deuil, car lorsqu'il devient pathologique ou compliqué, il peut entraîner des souffrances durables et nécessiter une prise en charge médicale ou psychologique. **L'accompagnement du deuil constitue donc un enjeu de prévention** : favoriser un processus de deuil le plus apaisé possible permet de limiter le risque de complications ultérieures et le recours à des soins spécialisés.

Parmi les facteurs de risque identifiés du deuil pathologique, on retrouve notamment l'isolement social et familial, ainsi que la perturbation ou l'impossibilité de vivre les rites funéraires. Permettre aux personnes endeuillées de réaliser leurs rites, conformément à leurs croyances et à leur culture, contribue à faciliter l'élaboration du deuil et à en limiter les conséquences psychiques. L'objectif est d'accompagner au mieux cette étape de vie afin que le deuil puisse se dérouler dans les conditions les plus favorables possibles. »

■ **Le deuil est-il suffisamment pris en compte par les acteurs du champ sanitaire ?**

« Cela dépend fortement des intervenants, des structures et des contextes de soin. La prise en compte du deuil reste souvent très variable et liée à des facteurs personnels : certains professionnels peuvent se sentir à l'aise avec ces questions, tandis que d'autres peuvent les éviter ou s'en sentir éloignés. Selon les services, la réflexion autour du deuil peut être plus ou moins présente.

En soins palliatifs, cette question est davantage intégrée, car la confrontation à la fin de vie et à la mort fait partie du quotidien. Il existe alors une réflexion plus construite et un intérêt particulier pour ces enjeux, justement parce que leurs effets sont observés directement au quotidien auprès des patients et des proches. »

■ **Y aurait-il des actions à mettre en place pour mieux prévenir le deuil et démythifier la mort ?**

« Dans les sociétés occidentales, la mort reste largement taboue : on en parle peu, même si des débats récents, notamment autour de l'euthanasie, ont remis cette question sur le devant de la scène. Comparativement, d'autres cultures disposent de rites funéraires plus nombreux et plus visibles, qui permettent d'inscrire la mort dans un cadre collectif et symbolique.

L'un des leviers essentiels est finalement la communication. Tout le monde est, un jour ou l'autre, confronté au deuil ; le fait de le démystifier et d'en parler avec les personnes concernées est fondamental. D'après mon expérience, il est important de communiquer en amont, de répondre clairement aux questions des proches, notamment en soins palliatifs où une annonce conduit souvent à un temps de réflexion et d'anticipation.

Cela suppose de former les soignants à une communication adaptée : pour dire les bons mots, éviter les formulations ambiguës ou les métaphores pouvant prêter à confusion, en particulier avec les enfants, mais aussi avec les adultes.

Cela requiert une formation spécifique car il ne s'agit pas de quelque chose d'instinctif.

Enfin, il est également important de respecter le choix des personnes : certaines souhaitent être informées et préparées, tandis que d'autres préfèrent se préserver. L'accompagnement doit donc toujours s'adapter aux besoins, aux souhaits et au rythme de chacun. »

Mission Interface du Samusocial de Paris : le vieillissement des personnes à la rue

Thomas Baude- responsable de la Mission Interface

► « Tout est parti d'un constat posé par le Samusocial en 2016 sur l'état des lieux des dispositifs existants. Dans les dispositifs de l'urgence sociale, l'accueil des personnes âgées posait de réelles difficultés. Beaucoup restaient longtemps en centres d'hébergement, sans parvenir à accéder à des établissements spécialisés adaptés à leur âge ou à leur état de santé.

Sur Paris, il y avait notamment [les Petits Frères des Pauvres](#), mais leur action ne reposait pas sur des démarches d'« aller-vers », comme celles que nous menons sur le terrain.

Nous nous sommes alors inspirés d'un modèle existant à Nantes : la mission Interface, adossée au SIAO 44, qui développe ce type d'intervention depuis 2008.

Nous avions identifié de nombreux freins à l'entrée en établissements médico-sociaux. Il y avait notamment un public parfois relativement jeune, très isolé, qui rencontrait de grandes difficultés à accéder à ces structures.

Du côté des établissements, les craintes portaient souvent sur les troubles du comportement, la gestion du collectif, ou l'accueil de personnes ayant connu la rue.

Dans l'urgence sociale plus largement, les travailleurs sociaux orientaient davantage vers des pensions de famille que vers des établissements médico-sociaux, faute de relais et de confiance entre les dispositifs.

C'est dans ce contexte que nous avons développé la mission Interface, autour de deux grands axes.

Notre public est composé de personnes âgées de plus de 60 ans, ainsi que de personnes en situation de handicap de 18 à 59 ans, en situation régulière ou de nationalité française.



Nous coordonnons les interventions autour des personnes accompagnées, en les mettant en lien avec les acteurs du soin et du territoire. Nous évaluons leur niveau d'autonomie, nous travaillons leur projet de vie avec elles, et nous essayons aussi de déconstruire les idées reçues qu'elles peuvent avoir sur les établissements médico-sociaux liés à l'âge.

Nous sensibilisons les travailleurs sociaux aux droits des personnes âgées, et depuis 2019, aux droits des personnes en situation de handicap.

En parallèle, nous intervenons auprès des établissements médico-sociaux pour les sensibiliser à l'accueil des personnes issues de la rue. Nous y expliquons les logiques de survie liées à la vie à la rue, qui peuvent se traduire par des comportements perçus comme « atypiques » en établissement : des personnes qui n'investissent pas leur chambre, qui restent très isolées, qui ne participent pas aux activités collectives, qui partent toute la journée, ou encore qui ont des difficultés avec l'hygiène.

Depuis maintenant quatre ans, nous menons aussi un travail important autour de la fin de vie des personnes à la rue, en lien avec le collectif des Morts de la rue.

Nous organisons des « petits-déjeuners FUN » — FUN pour funéraires — dans des centres d'hébergement ou des accueils de jour. Ce sont des temps conviviaux pour aborder un sujet très tabou dans l'urgence sociale : la mort.

[**Les chiffres du collectif des Morts de la rue montrent que l'âge moyen de décès est d'environ 48 ans.**](#)

La plupart des personnes à la rue ont donc déjà perdu un collègue de rue.

Ce sont des expériences très présentes, mais rarement prises en considération.

Ces ateliers permettent de préparer ces moments : parler du rapatriement du corps, de ce que l'on souhaite garder avec soi, de ce que l'on laisse, de ce qu'il advient de ses ressources, et plus largement de ce qui se passera à la fin de sa vie.

Nous déconstruisons aussi certaines idées fausses très répandues, comme celle des enterrements en fosse commune, cela n'existe plus.

Lorsqu'une personne décède et que son identité est établie, elle passe par l'institut médico-légal pour vérifier les causes naturelles du décès, puis elle est prise en charge par les pompes funèbres de Paris. Le convoi se fait généralement vers le cimetière de Thiais, où la personne est enterrée dans une tombe individuelle, avec une stèle à son nom.

Un hommage est souvent rendu, soit par des professionnels qui ont connu la personne, soit par le collectif des Morts de la rue, qui retrace son histoire de vie. La sépulture est conservée pendant cinq ans, puis les restes sont incinérés et les cendres dispersées sur la pelouse du souvenir du cimetière de Thiais.

Le collectif des Morts de la rue tient également un blog, cherche à retrouver des personnes ayant connu la personne décédée, et œuvre à préserver la mémoire et l'histoire de celles et ceux qui ont vécu la rue.

Le public à la rue a profondément évolué depuis la création du Samusocial en 1993.

À l'origine, l'objectif était d'accompagner des personnes qui ne demandaient plus rien, souvent marquées par des décennies de rue, avec de lourdes problématiques d'alcool, de troubles psychiques ou d'incurie. **C'était la raison d'être initiale du Samusocial de Paris.**

Aujourd'hui, la réalité est très différente. Le Samusocial accompagne majoritairement des familles et des personnes ayant connu des accidents de vie : divorce, expulsion, rupture professionnelle. Ce sont souvent des personnes issues de parcours de vie relativement ordinaires, qui se retrouvent à la rue plus tardivement, et non plus des personnes en errance depuis trente ou quarante ans.

Nous accompagnons désormais beaucoup de personnes qui ont déjà eu une expérience de logement, mais qui, en raison de pathologies psychiques non soignées, de troubles cognitifs liés à l'âge, ou de difficultés financières, ont basculé dans la rue sur le tard. C'est un public que l'on ne voyait pas forcément à l'époque de Xavier Emmanuelli (fondateur du Samusocial).

Pourtant, les représentations n'ont pas toujours évolué. Lorsque nous présentons ces publics aux établissements médico-sociaux, il subsiste encore des stéréotypes anciens sur les personnes à la rue, qui peuvent freiner la prise en charge, notamment sur le plan du soin.

Je ne dis pas que les parcours longs de grande précarité et marginalité n'existent plus, mais elles ne constituent clairement plus l'essentiel de notre file active.

C'est pour cela que nous menons un important travail de sensibilisation auprès des professionnels du médico-social, souvent à la demande des établissements eux-mêmes : EHPAD, FAM, résidences autonomie. L'objectif est de montrer que le public issu de la rue est bien souvent un public « ordinaire », et que les outils et pratiques professionnelles déjà en place peuvent tout à fait s'appliquer à ces personnes.

Nous intervenons d'ailleurs régulièrement avec un directeur du CASVP (Centre d'action sociale de la ville de Paris) habitué à accueillir des personnes issues de la rue, Patrick Delarue, dont l'expérience de terrain est très précieuse. La mission Interface se situe vraiment à la frontière de plusieurs politiques publiques : entre l'urgence sociale et le médico-social. Cela soulève des enjeux forts, notamment en matière de financement.

Dans ce cadre, le soutien de l'ARS est déterminant. Ce sont des partenaires très au fait de notre travail, qui nous sollicitent régulièrement sur les problématiques liées au vieillissement des personnes à la rue. » ■

VOTRE BOÎTE À OUTILS

- Retrouvez [tous les numéros de #Santé Ensemble ici !](#)
- Retrouvez [le numéro d'Informations Sociales consacré aux familles face au deuil !](#)
- Ici [un séminaire santé sur la fin de vie des personnes en situation de précarité par le Samusocial de Paris !](#)
- Ici les bons réflexes pour une suspicion de mort solitaire autour de vous par [les Petits Frères des Pauvres, consultez leur site !](#)

Si vous ne souhaitez plus recevoir nos communications, [suivez ce lien](#)