

« UNE MORT SURRÉALISTE ». FAMILLES IMMIGRÉES ENDEUILLÉES PAR LES MORTS DE COVID-19

Marie-Caroline SAGLIO-YATZIMIRSKY, Victoria LOTZ
et Thierry BAUBET

« Ne pas voir le corps, c'est surréaliste » répète Rose, jeune femme d'origine camerounaise dont le père est mort de la Covid-19 dans un hôpital de Seine-Saint-Denis fin mars 2020. Elle poursuit : « à chaque étape, nous avons dû renoncer », étape de l'accompagnement vers la mort, étape des rites funéraires et de l'enterrement, étape du rapatriement du corps. Rose a un sentiment irréel lorsqu'elle pense à cette mort, elle la qualifie de « surréaliste » autrement dit de bizarre et d'anormale. Depuis, elle développe plusieurs symptômes, présents dans tout deuil, mais dont l'acuité et la persistance suggèrent ici l'impact traumatique de cette mort et de ses conditions : pensées envahissantes, sentiment de vide, incapacité à continuer de vivre.

Si l'épidémie de Covid-19 est une expérience commune à tous, la mort de Covid-19 est en revanche profondément inégalitaire. L'épidémie a en effet engendré une mortalité particulièrement brutale parmi certaines populations dites vulnérables, dont les personnes immigrées et étrangères (Bajos *et alii*, 2020). En Seine-Saint-Denis, ces dernières cumulent les risques : faibles revenus, comorbidités, logements exigus, concentration d'allophones n'ayant pas accès à l'information. Plus encore, la mort de Covid-19 n'a pas seulement frappé spécifiquement les populations immigrées, elle a aussi été particulièrement « traumatique », c'est-à-dire vécue comme un choc brutal entraînant des perturbations psychiques. En effet, pour limiter la pandémie, la Haute Autorité de la Santé a imposé dans l'urgence des protocoles sanitaires (avis du 18 et 24 mars 2020 notamment) qui ont limité les pratiques culturelles et culturelles autour des morts et empêché le rapatriement des corps, dans un contexte de confinement imposant

la restriction des déplacements et la distanciation sociale. L'empêchement des rites funéraires majeurs, tels que voir le mort ou participer à l'enterrement ou la crémation, rajoute à l'« anormalité » et à la violence de la mort de Covid-19 pour les personnes immigrées.

La présente étude, à la croisée de la psychologie et de l'anthropologie culturelle, est le fruit de la recherche sur les Morts Covid en migration (MoCoMi, Institut Convergences Migrations, CNRS). Elle repose sur les données du dispositif pour les familles endeuillées mis en place par le Centre Régional de Psychotraumatisme de Paris Nord (CRPPN) du service de psychiatrie de l'hôpital Avicenne (Bobigny). Ce dispositif « unique en France »¹, financé par l'Agence Régionale de Santé, a été créé pour soutenir des proches « endeuillés » d'Île-de-France, région qui a enregistré une très forte surmortalité pendant la première vague de l'épidémie. Entre avril et novembre 2020, 181 proches de personnes décédées de Covid ont été accompagnées dans ce dispositif par des psychologues ou des psychiatres. La grande majorité des suivis s'est faite par téléphone pendant la première période de confinement (17 mars-10 mai 2020) et s'est parfois poursuivie jusqu'à la fin du second confinement (30 octobre-15 décembre 2020). Les soignants ont rempli des fiches de suivi rendant compte des entretiens cliniques, parfois en ajoutant un diagnostic autour de la complication du deuil. Ces fiches qui ont été centralisées par le secrétariat du CRPPN constituent le dossier médical des patients endeuillés. À la fin de leur accompagnement, ces derniers ont été informés d'une enquête à partir des dossiers, avec anonymisation et à des fins de recherche, et ils ont donné leur consentement.

Dans cet article, nous proposons d'interroger les caractéristiques du deuil en lien avec la situation de migration, problématique de la recherche MoCoMi. Pour faire cela, nous avons procédé à l'analyse des dossiers médicaux après la fin des prises en charge, entre juin et septembre 2021. Les données extraites de ces fiches confidentielles ont été anonymisées et classées en grandes catégories : profils des personnes, profils des défunts, problématiques migratoires, rites effectués et rites manquants, symptômes, dynamiques thérapeutiques. Cette première analyse a permis de repérer 22 cas où la situation migratoire de la personne, que la migration soit ancienne ou récente, est en lien avec d'importants aménagements dans la représentation de la mort Covid et de la gestion du défunt.

Dans un second temps, nous avons procédé à une analyse précise de ces 22 cas, qui prend en compte à la fois l'appartenance culturelle et religieuse des personnes mais aussi leur situation socio-professionnelle dans l'immigration, afin d'examiner de possibles liens entre la mort de Covid, la migration et la spécificité des deuils.

1. « COVID-19 : À Bobigny, des consultations psy pour faire face au deuil », Le Huffington Post avec l'AFP, publié le 30.03.2021, https://www.huffingtonpost.fr/entry/covid-19-a-bobigny-des-consultations-psy-pour-faire-face-aux-deuils_fr_6062ce2cc5b6531eed080a39 (ouvert le 12 novembre 2021)

Dans cet article, nous présenterons brièvement le contexte et le profil socio-anthropologique des personnes endeuillées, puis nous nous concentrons sur six cas de personnes accompagnées dès le premier confinement : Rose, jeune femme d'origine camerounaise catholique qui a perdu son père ; Neela, femme hindoue originaire de l'île Maurice qui a perdu son mari ; Fouad, homme d'origine algérienne et musulman qui a perdu son père ; Eva, jeune femme d'origine serbe, adventiste, qui a perdu sa mère ; Nour, jeune femme d'origine marocaine et musulmane qui a perdu son père ; Fati, femme d'origine guinéenne, musulmane, mère de trois enfants, qui a perdu son mari alors qu'elle et ses enfants étaient contaminés. L'objectif de cet article est de formuler un certain nombre d'hypothèses sur le lien entre la mort de Covid, la migration et les éventuelles complications du deuil, et de préciser la valence traumatique de la mort de Covid, liée au contexte sanitaire spécifique. Cette valence ne relève pas d'une causalité unidimensionnelle, comme s'il n'y avait qu'une seule cause bien discernable de la souffrance psychique. La lecture multidisciplinaire permet de donner toute la dimension psychique, sociale et culturelle de l'expression des troubles.

Une première hypothèse est que la perte brutale, incompréhensible et vécue dans la solitude et l'impuissance, provoquerait un « traumatisme », c'est-à-dire une effraction psychique d'une extrême brutalité constituée par « la rencontre avec le réel de la mort » (Lebigot, 2009 : 202). Il s'agit alors de préciser l'impact « traumatique » des mesures sanitaires et des interdits de rites dans le développement de ces symptômes. La qualification de « traumatique » renseigne ici sur la temporalité : elle qualifie la sidération actuelle plutôt que l'après-coup et l'inscription traumatique qui favoriserait l'apparition d'un trouble de stress post traumatique² ou d'un TSPT complexe³ tels que défini par la Classification internationale des maladies (CIM 11, 2018). Elle permet toutefois de s'interroger sur les symptômes développés chez les proches endeuillés, reviviscences, dissociations et vécus dépressifs, caractéristiques des « deuils avec traumatisme » (Bacqué, 2006 ; Hanus, 2006).

Une seconde hypothèse est que la migration vient conflictualiser le travail de deuil (Daisuké, 2010) d'une mort de Covid, posant ainsi la question d'un diagnostic de deuil compliqué (Hanus 2006). Par ailleurs, la persistance de certaines réactions

2. Selon la Classification internationale des maladies 11 (CIM, Organisation mondiale de la Santé, 2018) le trouble de stress post-traumatique (TSPT), « affection qui peut se développer à la suite de l'exposition à un événement ou à une série d'événements extrêmement menaçants ou horribles » se caractérise : (1) la reviviscence de l'événement traumatique sous la forme de souvenirs intrusifs, flashback ou cauchemars, (2) des conduites d'évitement de pensées ou souvenirs en lien avec l'événement, (3) des perceptions persistantes de menace actuelle élevée. Les symptômes doivent durer depuis plusieurs semaines et entraîner une altération significative du fonctionnement.

3. Le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT complexe, CIM 11, 2018) est caractérisé par les symptômes du TSPT et de plus par : (1) « des problèmes graves et envahissants de la régulation des affects », (2) des croyances persistantes du patient sur lui-même avec sentiments de culpabilité, honte ou échec, (3) des difficultés à maintenir des relations et à se sentir proche des autres.

pathologiques envahissantes chez des personnes évoque le trouble de deuil prolongé⁴ (Prolonged Grief Disorder) tel qu'il a été consigné dans la CIM 11 (2018) : la réaction « accompagnée d'une douleur émotionnelle intense » perdure « pendant une période atypiquement longue après la perte » et « dépasse nettement les normes sociales, culturelles et religieuses attendues pour la culture et le contexte de l'individu » (Josse, 2019) et la distingue d'un trouble de stress post-traumatique (Shear, 2015). Les éléments propres à la trajectoire migratoire tels que les pertes antérieures, les vécus de séparation et les violences répétées (Baubet et Saglio-Yatzimirsky, 2019) participent-ils à la complication du deuil ? Inversement, des formes de résilience sont-elles facilitées par certaines ressources culturelles propres au sujet immigré qui permettent de limiter le diagnostic de deuil compliqué (Ben-Cheikh, Rachédi, Rousseau, 2020) ? Une approche articulant de manière complémentariste⁵ anthropologie et clinique transculturelle (Devereux, 1985) permet ainsi d'interroger la spécificité des deuils de proches morts de Covid-19 et de montrer comment la culture peut aussi favoriser certains processus de deuil.

I. UN CONTEXTE « SURRÉALISTE »

BRUTALITÉ DE LA MORT ET DES MESURES SANITAIRES

La population de migrants sur le territoire de la Seine-Saint-Denis a été particulièrement touchée par l'épidémie de Covid-19. Celle-ci a engendré une mortalité brutale, particulièrement forte sur ce territoire. Le taux de « mortalité augmentée » était de 130 % entre le 1^{er} et le 27 avril 2020 par rapport à la même période en 2019⁶. Les facteurs de cette mortalité augmentée en Seine-Saint-Denis sont en particulier la précarité du logement, la densité de population, la santé fragile et la comorbidité, la proportion de professions surexposées à la contamination dans des emplois dits « essentiels », enfin la difficulté d'accès aux soins. Les études, notamment l'enquête épidémiologique et conditions de vie (EpiCov) de l'Inserm, confirment que les immigrés « installés », les primo-arrivants, les familles ou les migrants seuls (foyers, etc.) sont surreprésentés parmi les décès dus à la Covid-19. Par ailleurs, les mesures sanitaires prises en début d'épidémie imposent le confinement et limitent la mobilité pour tous, et renforcent la séparation et l'isolement pour les « endeuillés » en particulier s'ils ont été au contact du défunt malade. Ces mesures ont pu particulièrement

4. La nouvelle catégorie de « deuil prolongé » (Prolonged Grief Disorder) est apparue dans la onzième version de la CIM 11 (2018). Elle fait écho à l'introduction de la catégorie de deuil complexe persistant (Persistent Complex Bereavement Disorder) dans la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015).

5. L'approche méthodologique complémentariste telle que théorisée par G. Devereux (1985) permet de croiser l'approche psychologique et l'approche socio-anthropologique de manière non simultanée pour interroger un même fait. Cela permet d'en dégager toute la complexité et de relier les mouvements subjectifs aux variations socio-culturelles dans les manifestations de la souffrance psychique.

6. INSEE, Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France.

affecter des populations dont le parcours migratoire est structurellement articulé à des expériences de déplacement, mais aussi de séparation et parfois de perte, en particulier dans le cas de migrations politiques récentes (Baubet et Saglio-Yatzimirsky, 2019). Par ailleurs, les avis du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) relayés par les autorités culturelles, par le gouvernement et par les services publics dont les services hospitaliers imposent des mesures qui heurtent les pratiques culturelles et culturelles de ces populations. Par exemple, le HCSP limite les pratiques funéraires autour du corps d'un patient décédé infecté par le coronavirus SARS-CoV-2. Ainsi, l'avis du 18 mars 2020 recommande, pour le personnel soignant, que « le corps puisse être lavé uniquement dans la chambre dans laquelle il a été pris en charge, à l'aide de gants à usage unique sans eau [...] », « un brancard recouvert d'un drap à usage unique soit apporté dans la chambre pour y déposer le corps ; le corps soit enveloppé dans une housse mortuaire étanche hermétiquement close ». Par la suite, la housse ne doit pas être ouverte, le corps doit être déposé en cercueil simple ; la fermeture définitive du cercueil doit être rapide (mise en bière immédiate réalisée dans les 24 heures au maximum après le décès)⁷. Compte tenu de l'évolution de l'épidémie mais aussi de la réception difficile de ces mesures qualifiées de « maximalistes », un nouvel avis du 24 mars assouplit partie du protocole et décide de tenir compte des pratiques culturelles et des rites funéraires. Ainsi, ce nouvel avis précise les conditions pour que les proches puissent voir le visage de la personne décédée et qu'un rituel funéraire puisse être éventuellement effectué en chambre d'hospitalisation, en chambre mortuaire ou funéraire : « [...] il convient de respecter [...] dans leur diversité les pratiques culturelles et sociales autour du corps d'une personne décédée, notamment en ce qui concerne la toilette rituelle du corps par les personnes désignées par les proches, ainsi que la possibilité pour ceux-ci de voir le visage de la personne décédée avant la fermeture définitive du cercueil. [...] Les proches peuvent voir le visage de la personne décédée dans la chambre hospitalière, mortuaire ou funéraire, tout en respectant les mesures barrière définies ci-après pour chaque lieu [...] ; si un impératif rituel nécessite la présence active de personnes désignées par les proches, cela doit être limité à deux personnes au maximum, équipées comme le personnel en charge de la toilette, de l'habillage ou du transfert dans une housse » [...] « Un brancard recouvert d'un drap à usage unique est apporté dans la chambre pour y déposer le corps ; Le corps est enveloppé dans une housse mortuaire [...], la housse est fermée, en maintenant une ouverture de 5-10 cm en haut si le corps n'a pu être présenté aux proches et devra l'être en chambre mortuaire ». Dans celle-ci « Le corps, dans sa housse, est recouvert d'un drap jusqu'au buste pour présentation du visage de la personne décédée aux proches, si ceux-ci le demandent. Le corps est présenté aux proches à une distance d'au moins un mètre [...] ».

7. Haut Conseil de la santé publique, l'avis relatif à la prise en charge du corps d'un patient cas probable ou confirmé COVID-19 du 24 mars 2020, <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefi=764> (ouvert le 12 novembre 2021)

Ces mesures restrictives vont avoir un effet important sur les deuils de morts de la Covid, les conditions de ces dernières étant ressenties comme « anormales » par les proches. Pour les populations immigrées, un protocole sanitaire qui fait fi des considérations culturelles ou sociales, certes partiellement justifié par l'urgence, apparaît comme une mesure « sécuritaire » de protection sanitaire. La réduction de la mort - qui engage pour le croyant la dimension sociale et sacrée de la vie - à un arrêt clinique est difficilement supportable.

LES PROFILS DES PERSONNES ENDEUILLÉES IMMIGRÉES

Les personnes endeuillées immigrées ayant fait la démarche d'une demande d'accompagnement psychothérapeutique à l'hôpital Avicenne constituent un échantillon hétérogène en termes d'origine, de religion, d'âge, de situation socio-professionnelle et administrative (immigrés en situation légale, demandeurs d'asile, etc.). Parmi les endeuillés, on compte une majorité de personnes ayant migré du Maghreb (trois Algériens, trois Marocains, un Tunisien) issus de migrations non récentes (supérieures à cinq ans), plusieurs Africains de l'Afrique centrale et de l'Ouest (Guinée Conakry, Centrafrique, Cameroun, etc.) et une Mauricienne, deux ressortissants d'Europe de l'Est (Serbie, Bulgarie). Aucun des accompagnements n'a nécessité d'interprète, alors que le dispositif est annoncé dans douze langues, et laisse entendre que l'accompagnement peut être fait dans une langue autre que le français avec interprètes. Cet élément questionne car il est peu représentatif de la consultation du CRPPN qui accueille beaucoup de populations non francophones avec interprétariat. Est-ce que les personnes ne parlant pas le français ont moins accès à ce dispositif de soins ou est-ce qu'elles ne voient pas l'utilité de consulter un spécialiste dans cette situation précise? En outre, parmi les variables importantes pour comprendre les profils des 22 proches endeuillés accompagnés entre avril et octobre 2020, il est important de noter une proportion importante de femmes (18 femmes pour quatre hommes) qui sont les conjointes, filles ou belles-filles du disparu. Se pose la question de savoir si cette surreprésentation féminine relève des spécificités de la mortalité due à la Covid qui touche majoritairement les hommes et laisse les conjointes seules (Pison et Meslé, 2022) ou si la demande de soins est plus systématique chez les femmes. Enfin, les endeuillés ont entre 22 et 59 ans. La diversité religieuse est notable : musulmans, chrétiens (dont adventistes et orthodoxes), hindou (de l'île Maurice). Parmi eux, très peu se disent non croyant ou non pratiquant. Une seule personne se dit « croyante » sans spécifier. La question religieuse est importante car elle constitue un levier thérapeutique et un soutien communautaire essentiel en période de deuil. Dans leurs récits, toutes ces personnes immigrées témoignent de liens importants avec le pays d'origine, et une partie de la famille du défunt et du proche y demeure (par exemple mère et frères du défunt sont au pays).

Si la situation socio-professionnelle des personnes reçues est hétérogène, on remarque toutefois une relative concentration des métiers dans la catégorie socioprofessionnelle des « employés », et notamment agents d'entretien, agents de service

aux particuliers ou agents de la fonction publique. Cette dernière catégorie a plusieurs caractéristiques en France : elle est très féminisée et parfois peu valorisée. Surtout la crise sanitaire a particulièrement touché cette catégorie socio-professionnelle, en particulier les agents hospitaliers, qui ont pour certains dû poursuivre leur activité pendant les périodes de confinement. Enfin, certaines personnes immigrées font état de difficultés d'accès au système de soin et de racisme systémique (Lefebvre et Maille, 2019), aggravées lors de la crise sanitaire (Brun et Gosselin, 2021), ce qui peut renforcer les vécus d'exclusion et de rejet de la part du système de soin.

Le profil des défunts est également très hétérogène, et il est différent et même inverse du profil des endeuillés, avec une importante surmortalité masculine : 14 défunts pour huit défunt(e)s, âgés de 37 à 70 ans. Les morts ont eu lieu majoritairement en Seine-Saint-Denis à l'hôpital, sauf une exception (mort à domicile). L'hôpital et le collectif des soignants constituent donc un acteur essentiel de la scène de la mort et du processus de deuil.

UNE MORT « ANORMALE »

Parmi les qualificatifs les plus employés par les proches endeuillés, les termes qui reviennent systématiquement sont ceux d'une mort « anormale », d'une « mort brutale » ou encore d'une mort « injuste ». C'est la temporalité de cette mort, très brutale, qui dérange. Par ailleurs, dans un pays soudainement touché par un virus dont on connaît encore peu de choses, il est difficile d'admettre que les siens aient été mortellement touchés et pas les autres. Les circonstances de l'annonce de la mort rajoutent à la brutalité : deux décès sont annoncés « par l'hôpital » après la mort, sans possibilité de revoir le défunt et après une séparation qui a duré plusieurs semaines. La qualification de mort « injuste » révèle la culpabilité ressentie par certains proches et le sentiment d'impuissance. Elle renvoie à la culpabilité du survivant – verbalisée par une patiente ainsi : « pourquoi lui est mort et pas moi » – et renforcée dans le cas où la personne endeuillée a également contracté la maladie et a survécu.

Si le « sentiment de mort aléatoire » est fréquent dans le processus de deuil dit « normal » (Bacqué et Hanus, 2020) en ce qu'il renvoie à la culpabilité éprouvée par celui qui a survécu, et si la colère exprime des projections agressives développées par le proche qui se sent abandonné du défunt, ces affects sont ici à rattacher à la spécificité de la mort Covid : le virus frappe sans logique, et certains endeuillés se sentent même complices sans le savoir. Les réactions émotionnelles (plainte, sentiment d'injustice et d'incompréhension, colère) sont par ailleurs fréquemment détournées vers l'environnement défaillant, alors incarné par l'hôpital, les soignants ou l'État français. L'endeuillé veut trouver un responsable à cette mort « anormale », et comme sa communauté culturelle lui est refusée, il cherche le responsable à l'origine de ses émotions douloureuses et de son vécu d'abandon.

Rose dit que « son père n'allait pas bien, le SAMU a refusé de l'emmener une première fois ». Elle enchaîne : « je n'arrive pas à comprendre [...] la mort a été si

soudaine » et ajoute qu'elle ne comprend pas « comment il a été géré au niveau de l'hôpital où elle l'a laissé ». Pour limiter la culpabilité, l'impression de l'avoir abandonné à la mort, elle détourne ses attaques sur les équipes médicales. L'expression systématique de la colère peut révéler un bénéfice secondaire : elle permet de redonner au proche une forme de contrôle sur une mort inexplicable, et par là de resocialiser la mort et de dépasser la douleur individuelle.

Toutefois l'expression récurrente de la colère des proches endeuillés immigrés face aux services hospitaliers est aussi l'expression d'une révolte face au racisme systémique dont ils se sentent faire l'objet. La rencontre avec la mort réelle déclencherait le sentiment d'exclusion et de traitement différentiel dû à leurs origines.

Le décès de COVID-19 est ainsi vécu par les proches comme un événement « traumatique » qui le différencie d'un décès « normal » et qui les a amenés à consulter pour un accompagnement psychothérapeutique.

II. RITES FUNÉRAIRES BOULEVERSÉS, DEUILS TRAUMATIQUES

Les interdictions sanitaires ont bouleversé trois moments de la mort. Ne pas voir le mort est un premier bouleversement. Deuxièmement, la limitation des rituels funéraires (toilette du corps, cérémonie, etc.) a amputé certaines pratiques. Enfin, l'interdiction de circulation et la fermeture des frontières ont remis en question le rapatriement des corps. Ainsi, les trois finalités des rites funéraires (Thomas, 1985) ont été entravées : les devoirs rendus au mort pour l'accompagner dans le dernier voyage (purification, célébration, séparation des mondes des vivants et des morts), la régulation du travail de deuil par la communauté des proches et enfin la fonction de continuation du groupe. Ces mesures sanitaires ont ainsi « fait trauma » sur les endeuillés car elles ont provoqué une effraction psychique (Lebigot 2016), laissant l'image traumatique envahir l'appareil psychique, ce qui explique l'apparition de plusieurs symptômes évoquant les troubles de stress post-traumatique.

NE PAS VOIR LE MORT

La séparation physique d'avec le malade, le fait de ne pas avoir pu « voir » le mort constitue un élément essentiel de la plainte. Les endeuillés évoquent avec souffrance le fait de ne pas avoir pu voir la personne décédée, de ne pas avoir pu lui « dire au revoir », ou « le prendre dans (ses) bras, « ne pas avoir eu le droit de l'accompagner ». Le moment de la mort et sa dimension à la fois sociale et spirituelle sont hypothéqués. « La présence maintenue autour du mourant à l'hôpital confère à la mort sa dimension humaine et sociale » écrit Marie-Frédérique Bacqué (2016) : ici, la séparation radicale des familles et la solitude du mourant réduisent le passage vers la mort, d'ordinaire socialisé et ritualisé, à une mort purement clinique.

Une seconde dimension est bouleversée : l'épreuve de réalité de la mort, qui constitue la première étape du deuil. Nour, jeune femme d'origine marocaine qui a perdu son père hospitalisé en réanimation, demandera pendant deux mois à le voir. Elle n'obtiendra l'autorisation de le revoir qu'après sa mort. Elle le voit alors de loin, maintenue à plusieurs mètres – de peur de la contamination –, sans pouvoir l'approcher et le toucher. Elle parle de son père – qui travaillait dans la blanchisserie, élément signifiant dans l'analyse du récit de Nour – et de son corps « comme endormi, tout blanc, resté quand même beau ». Nour précise son sentiment d'irréalité de la mort de son père ; elle revoit perpétuellement le corps mort dans des reviviscences, et sa « blancheur » lui évoque une présence fantomatique. Elle développe des hallucinations auditives, par exemple elle entend des toussotements qui rappellent ceux du père. Elle déclare : « j'entends son sourire », « ça me hante ». Elle demeure très sensible au contexte mortifère de cette période qui favorise sa souffrance, elle le décrit comme une « période bizarre » et évoque la « psychose de la maladie », toujours menaçante, qui l'oblige à des rituels de lavage et nettoyage quotidiens. Ce sentiment irréel maintient Nour dans un vécu dépressif et l'empêche d'ancrer la mort dans le réel et dans le passé. Dans le même sens, Jade fait le lien entre l'impossibilité de voir le corps de sa mère et sa difficulté à entamer le processus de deuil : « je n'ai toujours pas imprimé la mort de ma mère ».

Neela, qui n'a pas pu assister à l'incinération de son mari, reste dans un état psychique de déréalisation, autrement dit l'expérience de soi comme irréalité et le sentiment d'être détaché de ses pensées et sentiments. Chaque jour depuis le décès, elle s'installe sur le canapé de son salon à 14 heures pour attendre le retour de son mari. Elle choisit inconsciemment le déni de la mort, faire comme si son mari était vivant, forme de pensée magique, pour annuler la douleur de l'annonce et de l'épreuve de réalité. Elle raconte l'impossibilité d'aller dans la chambre maritale, manifestant un symptôme d'évitement propre au syndrome de stress post-traumatique. Elle dort dans le salon. Le deuil de Neela semble « bloqué en situation aiguë », et évoque un « psychosyndrome traumatique » (Bacqué et Hanus 2020) repérable par des troubles dissociatifs dont le trouble de déréalisation est une des manifestations selon la CIM 11, qui se caractérise par une « discontinuité involontaire de l'intégration normale [...] de pensées, [...] de contrôle du comportement ». Il est à comprendre comme « mécanisme de défense contre la réactivation de l'angoisse » selon Bacqué et Hanus (2020). Toutefois, le fait de ritualiser l'attente en la répétant chaque jour à heure fixe peut être également interprété comme la possibilité que se donne Neela de mettre du sens par l'acte ritualisé, et donc de retrouver progressivement contrôle et agentivité, ce qui est l'inverse d'un déni.

Neela se dira soulagée de récupérer l'urne de cendres du défunt, comme si cette urne, qui matérialise la mort, permettait enfin d'inscrire le deuil dans un espace-temps social.

PAS DE RITE, PAS DE DIGNITÉ

La limite des mesures sanitaires est perçue comme une attaque de la « dignité », le terme systématiquement employé par les proches mais aussi par les acteurs du

funéraire. Une proche d'origine centrafricaine mère de deux enfants en bas âge ne comprend pas le « départ brutal » de son conjoint. Elle comprend encore moins l'impossibilité de faire la toilette du mort : « on ne lui a même pas laissé la possibilité d'être habillé, on lui a pris sa dignité. On lui a ôté ses droits, on a ôté à mes enfants le droit de dire au revoir dignement à leur père ».

Les officiers du culte sont mobilisés par les croyants et questionnés sur cette atteinte à la dignité et la conformité de rites. Eva, adventiste, martèle que la cérémonie de sa mère n'est pas possible puisque l'enterrement « normal » ne peut se faire. Elle a l'impression de ne pouvoir se « débloquer ». Fati, d'origine guinéenne, est préoccupée par la nécessité de faire les rites « conformes » : s'ils n'ont pas pu se faire en France, au moins il « faut aller » en Guinée, pour les « rites du quarantième jour ».

Le Conseil français du culte musulman (CFCM) ainsi que de nombreuses autorités musulmanes – à distinguer en fonction des écoles sunnite, chiite, etc. –, rappellent les rites recommandés durant l'agonie, qui faciliteraient le départ : aider le patient à dire la « Chahada », profession de foi de l'islam, et allonger le patient en direction de La Mecque. Au moment du décès, le positionnement du défunt et la récitation de la sourate Al-Fatiha sont souhaitables. Certains rites doivent être discutés par les communautés de croyants et être assouplis, ce qui a pour fonction de mobiliser les communautés virtuellement, puisqu'elles ne peuvent se rassembler en période de confinement. Toutefois, l'interdiction des enterrements ou des crémations en présence de la famille et de la communauté a des conséquences directes sur la difficulté de « réaliser » la mort comme le formulent Rose, Nour ou Neela, de mentaliser la perte et de donner à la mort toute sa dimension spirituelle et sociale. Ce n'est plus seulement le devoir par rapport au mort qui est bouleversé, c'est le sens même de la communauté, familiale, culturelle et confessionnelle, qui est ici entravé.

Rose revient continuellement sur le fait qu'il n'y a « pas eu d'enterrement », « pas eu de cérémonie religieuse ». Elle bute sur « le cercueil en zinc mis sous le cercueil en bois », qui lui paraît contraire au rite catholique. Elle ne se sent apaisée que plusieurs mois après le décès, quand une cérémonie peut enfin se tenir, certes « avec restriction » mais où peuvent se réunir plusieurs proches du défunt. Elle prévoit une seconde cérémonie au pays, « avec toute la famille ». De même, Jade répète qu'elle a besoin d'une cérémonie pour « fermer la porte ».

LE CORPS NON RAPATRIÉ : EN TERRE ÉTRANGÈRE

Rapatrier le corps, c'est réintégrer le corps de l'immigré dans sa communauté culturelle d'origine et ainsi le réinscrire dans la filiation. C'est aussi clore le rite mortuaire et donner sens à la migration. Celle-ci peut alors être pensée non pas sur le mode de la séparation et de la perte (Sayad, 1999), mais en termes d'échange entre les pays d'origine et d'accueil et de ressources culturelles.

Or le confinement et les frontières fermées empêchent ces rapatriements. Ne pas pouvoir les réaliser c'est ainsi « s'opposer à la volonté du mort » comme le précise

Rose, provoquant un conflit psychique difficile à dépasser. Son père voulait être enterré au pays, mais le Cameroun a refusé le corps car elle ne peut fournir de certificat de non-contagion. Elle ne parvient à se dégager de la culpabilité qu'en incriminant le corps médical « qui aurait refusé ce certificat ». Les proches endeuillés témoignent de leur espoir d'exhumer le corps - qui a été enterré « provisoirement » - pour un futur rapatriement.

Fouad, d'origine algérienne, fils d'un homme qui a immigré il y a quarante ans pour travailler en France, a été très déstabilisé par la mort de son père dans un service de réanimation, « trop brutale » et « injuste ». Lors des premières consultations, sa plainte majeure porte sur l'impossible rapatriement du corps, alors qu'être enterré dans son village était la volonté du défunt. Non seulement il a l'impression de trahir son père en n'exauçant pas son vœu, mais également de lui offrir un enterrement dégradé : ce n'est « pas une cérémonie digne » pour lui, « il aurait dû être enterré sur sa terre ». Le fait de ne pas avoir pu voir son père conscient et de ne l'avoir revu que mort lui donne l'impression que son « père a eu une mort d'hôpital » et n'a pas été accompagné dans une « vraie mort » ou « la mort digne qu'il aurait dû avoir [...] entouré de sa famille ». D'autant que le carré musulman du cimetière intercommunal de la Courneuve, où il pensait se résoudre à l'enterrer, proche de son domicile, était trop chargé, et n'a pu recevoir la dépouille. L'enterrement s'est donc fait dans un cimetière éloigné, en grande région parisienne, non connu de la famille, ce qui révolte dans un premier temps Fouad : pour lui, c'est une terre doublement « étrangère » qui accueille la dépouille. Ces considérations matérielles viennent empêcher le recueillement et le travail de deuil, en occupant toute la place dans la psyché de Fouad, qui a l'impression d'une « honte » non seulement qu'il porte, mais aussi à l'encontre de la mémoire de son père, de sa famille et de sa communauté musulmane. C'est dans un second temps, par un travail de mentalisation et d'interprétation à partir de ses propres référents culturels et religieux, qu'il va pouvoir dépasser ce premier moment de sidération.

III. LA MIGRATION : FACTEUR DE VULNÉRABILITÉ OU RESSOURCE ?

LORSQUE LA MIGRATION COMPLIQUE LE DEUIL

La crise de la Covid semble ainsi définir des conditions traumatiques qui aggravent la « symptomatologie du deuil » (Bacqué et Hanus, 2020) au point d'en faire un « deuil particulier ». La mort Covid a pu provoquer, c'est là une première hypothèse, des deuils « traumatiques ». Serait-ce alors parce que les circonstances de la mort sont traumatiques ou parce que les personnes endeuillées sont plus vulnérables en raison de la situation de migration qui renforce la vulnérabilité d'une certaine population déjà affectée par les séparations et les expériences de pertes et de deuils répétés ? À propos des migrations politiques récentes, Saglio-Yatzimirsky (2018 : 26) précise : « cela ne signifie pas que toute migration est traumatique en soi,

mais certains parcours peuvent redoubler la perte et l'effondrement des cadres de sens déjà occasionnés par les événements violents. Ainsi, le traumatisme n'est pas seulement psychique, c'est une rupture violente dans la vie du sujet, une crise de la présence au monde ». Et cela d'autant plus qu'il peut y avoir cumul d'événements qui compliquent le deuil, dont un élément de contexte majeur, le confinement et la distanciation sociale. Hanus et Bacqué (2020 : 32) précisent que « le grand risque du deuil est l'isolement ». En l'occurrence, l'isolement est imposé à l'endeuillé, ce qui risque non seulement d'aggraver le vécu dépressif, mais surtout de limiter le soutien de l'entourage - communauté confessionnelle ou culturelle - nécessaire pour traverser les étapes du deuil. Il est intéressant de souligner l'écho particulier de ces moments traumatiques avec l'histoire des personnes migrantes : certains vivent ces pertes comme la répétition de traumatismes antérieurs, liées à l'histoire particulière de leur migration.

Les patients font état de flash-back avec répétition d'images de chaos. Par exemple, pour Fati, le départ à l'hôpital, compliqué par l'extrême difficulté à trouver un taxi, revient dans ses cauchemars et des reviviscences diurnes. Elle revit alors la panique des appels téléphoniques à répétition, le départ de la maison et la difficulté à « porter » son mari jusqu'à l'hôpital. Un autre moment lui revient par flash-back, le moment de l'appel de l'hôpital lui confirmant l'aggravation de l'état de son mari puis l'annonce du décès. Après deux séances de psychothérapie, Fati peut mettre en lien ses affects abandonniques avec la difficulté à quitter la Guinée et les siens pour fonder une famille en migration : « il n'y a que nous ici, nous n'avons personne d'autre ». De même, elle peut mettre en lien son sentiment d'avoir été abandonnée

par son mari défunt avec l'impression d'avoir été abandonnée il y a quinze ans par sa famille restée au pays, alors que c'est elle qui l'a quittée, inversant ici la pulsion agressive vis-à-vis de son entourage qui l'abandonne. La brutalité de la mort Covid réveille ainsi des vécus dépressifs, dont des pertes antérieures, ce qui en fait une « effraction traumatique » au sens de Lebigot (2016). Ainsi pour Eva qui se remémore le décès de son père lorsqu'elle avait 9 ans : « pourquoi je n'ai pas le droit d'être heureuse » demande-t-elle, alors qu'elle revient sur une histoire migratoire ponctuée de pertes. La jeune femme adventiste d'origine serbe est envahie d'une profonde tristesse qui est à mettre en lien avec ses antécédents dépressifs. Elle date ces derniers de la période qui avait suivi la mort de sa grand-mère sept ans plus tôt, alors qu'elle-même était « coupée de sa famille comme aujourd'hui » et qu'elle se sentait « très seule ».

Il a été question de l'expression quasi systématique de la colère des patients, projection de leur agressivité et défense contre la brutalité de ces morts « inexplicables » comme le formule une patiente. Cette colère peut aussi être mise en lien avec le vécu migratoire. En effet, le clivage des mouvements projectifs est notoire : soit l'équipe médicale a accompagné le mort et a fait le maximum (elle est alors investie comme bon objet par l'endeuillé), soit elle a empêché la

« bonne mort », n'a pas permis à l'endeuillé de revoir le défunt ou a laissé mourir seul ce dernier : elle est alors le mauvais objet et concentre toute l'agressivité du proche. Pour les personnes qui ont vécu un parcours migratoire traumatique, cette expérience de la mort Covid agit comme une répétition des affects liés à la migration, vécue sur le mode de la perte et de l'abandon. Plus encore, le contexte d'incertitude lié à la Covid rejoint ici les formes d'insécurité caractéristique de la situation de l'immigré qui se sent doublement « illégitime » dans son pays d'origine et dans le pays d'accueil (Sayad, 1999). Sa colère est alors projetée vers un responsable, ici l'hôpital, l'État ou le service public, qui abandonne au lieu d'accueillir le migrant. Comme on l'a dit toutefois, les conditions de la mort de Covid agissent aussi comme un révélateur, pour ces proches endeuillés, de la réalité des violences et des inégalités dans le système de soin français. Fati répète à propos de son mari défunt, « comment est-il possible qu'il ait trouvé la mort ici », faisant écho à la hantise des migrants, matérielle et psychique, de trouver la mort dans le pays où ils pensaient s'installer (Saglio-Yatzimirsky, 2020). Cette angoisse rejoint la plainte initiale des proches qui regrettent de n'avoir pu « accompagner » le mort : sous l'expression de la culpabilité de n'avoir pu soigner ou aider le malade, pointent d'autres éléments propres à la culture et à la migration des endeuillés. Pour eux, il n'est pas pensable de laisser à l'hôpital l'accompagnement de l'agonie du malade, qui au pays aurait été prise en charge par la famille. D'autant que, pour certains endeuillés, leurs parents défunts ont fait un sacrifice en migrant pour leur assurer une vie meilleure. Les liens de loyauté viennent ici conflictualiser l'acceptation de la mort de la Covid en migration.

CULTURE ET RELIGION COMME RESSOURCES

Dans une situation de crise comme celle de la Covid, les rites religieux et communautaires apparaissent comme une protection des défunts ; ils normalisent la mort en même temps qu'ils permettent à la fois de la symboliser et de resocialiser l'endeuillé dans sa communauté culturelle (Kobelinsky et Le Courant, 2020). Être empêché de rite et de collectif provoque un profond désarroi chez les endeuillés, « doublement » affectés par la crise et leur situation migratoire. Toutefois émergent au cours de l'accompagnement plusieurs ressources de ces personnes migrantes, qui leur permettent de réanimer les dynamiques culturelles du deuil et de le traverser de manière positive. Ils mobilisent en effet des signifiants culturels qui permettent un « deuil créateur » (Kokou-Kpolou *et alii.*, 2016).

Au fur et à mesure de la prise en charge, les récits des patients expriment la progressive requalification de la mort « anormale » en une mort acceptable pour le sujet et la communauté. Les rites sont réaménagés, simplifiés, différés, parfois réinventés. Ces mobilisations sont l'occasion pour les endeuillés se sortir de la passivation propre aux premières étapes du deuil. Fouad est d'abord en colère du manque de rites, alors qu'il aurait voulu témoigner toute son estime et son admiration à son père qui « était

un grand homme et un grand croyant ». Après quelques semaines de consultation, il entame un processus de mentalisation et cherche à donner sens à cette mort brutale en la retournant en épreuve : « c'est une belle mort », « c'est une épreuve en plus des épreuves ». Il propose : « le fait que ce deuil se passe pendant le Ramadan rajoute au sacré ». Fouad revient sur un rite domestique qui donne toute sa dimension à cette mort : il explique comment les femmes de la famille (sa mère et ses sœurs) ont accompagné rituellement la maladie du père en préparant des repas qui ont été distribués à tous. « C'est une baraka » commente Fouad, une bénédiction au nom du défunt, « nous avons partagé ces repas en sa mémoire (du père) ». La baraka apporte la bénédiction sur le mort et sur la famille de l'endeuillé, et le rite permet d'être en communion avec la communauté des croyants. Dans le contexte de confinement, le redoublement des liens symboliques avec la communauté est essentiel. Fouad réinterprète la période de l'agonie du père non plus comme une période d'interdits de rites dans le contexte de confinement, mais comme une période de prière en plein Ramadan.

Le soutien des officiers du culte à cette période n'en est que plus essentiel. Ces derniers ont pris acte de l'exceptionnalité de la situation, qualifiant les morts de la Covid de morts « en martyr » et ont donc exempté les fidèles de la traditionnelle toilette et d'autres rites, ce qui les déleste de toute culpabilité. En l'occurrence, les imams sunnites auxquels se réfère Fouad dispensent de la toilette et ne rendent plus obligatoire les tissus traditionnels qui doivent recouvrir le corps, et permettent ainsi au défunt d'être enterré dans ses vêtements de mort. Cela autorise Fouad à réaménager psychiquement la scène de la mort en concordance avec les rites : « je n'ai revu mon père qu'une fois en coma artificiel. Pendant tout ce temps, on a fait le lien par téléphone. On avait mis le Coran sur son téléphone et mon père a pu écouter des sourates toutes ces semaines. Il n'a pas été besoin de toilette car c'est une mort exceptionnelle ».

Les proches expriment tous leur volonté de « rattraper les rites » comme le verbalise Fati. Ce « rattrapage » sera le moment du culte en communauté. Le mari de Fati est décédé en pleine période de confinement, alors qu'elle et ses enfants étaient en quarantaine et donc dans l'impossibilité de partager le deuil avec les proches comme ils l'auraient souhaité. Plusieurs mois après la mort, elle propose quasi simultanément une cérémonie en France et une en Guinée. Ne pouvant quitter la France, elle participe virtuellement à celle du pays. Si la comparaison lui fait trouver cette dernière « beaucoup mieux » et plus « conforme à la volonté de son mari » décédé - car les mesures sanitaires sont nettement moins restrictives - et lui fait regretter de ne pas en être physiquement, elle exprime toutefois sa satisfaction d'avoir pu organiser les deux cérémonies : « là-bas et ici aussi, mon mari était très aimé ». Redoubler la cérémonie lui donne aussi de l'importance car son mari était un « homme important », et lui permet de conjuguer la terre natale et celle de la migration sans les opposer.

La situation de migration permet ainsi de mobiliser des signifiants culturels

propres à redynamiser les rites funéraires avec inventivité puisqu'il s'agit de dépasser - ou même de sublimer - la distance et la séparation de l'exil. Ainsi Neela propose un rituel créole en visioconférence avec ses frères et sœurs le jour de l'anniversaire de sa mère, plusieurs mois après la mort de celle-ci. Lorsqu'elle récupère l'urne, elle organise une cérémonie avec des couleurs qui sont celles de cérémonies funéraires de Maurice et elle organise une cérémonie en bord de mer (Atlantique) en y déplaçant les proches de la famille. C'est dans cette mer de substitution que les cendres sont versées au cours d'une cérémonie dans la tradition créole, organisée sur les conseils d'un officier du culte hindou. Ce qui frappe c'est l'inventivité et la créativité de Neela qui parvient à tisser les éléments de deuil en rapprochant les possibilités offertes par sa culture d'accueil et sa culture d'origine. L'expérience de ces rites ancestraux en terre de migration fait écho à la « créolité » mauricienne qui promeut la « dynamique de contact entre plusieurs groupes » migrants (Servan-Schreiber 2014 : 17).

CONCLUSION

Si le contexte de crise Covid rend la mort particulièrement brutale, la situation de migration conflictualise le travail du deuil. C'est ce que montre l'analyse des récits des proches endeuillés pris en charge en consultation de psychotraumatisme pendant le premier confinement. Par exemple, la limitation des rituels funéraires rend particulièrement difficile à vivre les séparations et l'éloignement familial propres à la migration. Le rapatriement des corps, soudain impossible, révèle les angoisses de l'exil. Plus que la mort, c'est donc le contexte du deuil - caractérisé par la séparation, l'isolement, et l'interdiction de certaines pratiques culturelles et culturelles - qui peut être vécu comme traumatique. Pourtant, des dynamiques de résilience montrent que l'expérience de migration peut présenter des ressources culturelles propices à redynamiser le travail de deuil de manière créative. La mort qualifiée de « surréaliste » par Rose parce qu'elle n'avait pu voir son père et que les rites empêchaient le travail de deuil « normal », deviendra une mort « différente » et « unique », et l'accepter comme telle sera pour elle facteur d'apaisement.

L'analyse des comptes rendus d'entretiens cliniques a permis de proposer quelques hypothèses sur la mort de Covid et le deuil chez des personnes avec une histoire de migration. Toutefois une étude **à long terme dans un temps différé** s'impose, qui permettrait de préciser la question du deuil prolongé, notamment pour les proches ne parvenant pas à trouver les ressources culturelles et communautaires permettant de ritualiser la mort. L'expérience sidérante ne pouvant être mentalisée, elle risque de s'enkyster en un deuil pathologique.

Par ailleurs, une étude sur un échantillon plus large de personnes et la comparaison avec un groupe de personnes endeuillées non immigrées, permettrait

d'investiguer de manière systématique une hypothèse importante, de nature anthropologique : la mort de Covid chez des personnes immigrées agit comme un révélateur de la violence sociale du pays d'accueil autour du corps migrant.

Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky
Professeur d'anthropologie, Inalco, CESSMA
(UMR 245 Université de Paris, Inalco, IRD)
Psychologue clinicienne, AP-HP, Hôpital Avicenne,
Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie générale
et addictologie, CRPPN. Directrice adjointe de l'Institut Convergences
Migrations, Campus Condorcet, Campus Condorcet, Hôtel à projets
mariecaroline.yatzimirsky@aphp.fr

Victoria Lotz
Psychologue clinicienne, AP-HP, Hôpital Avicenne,
Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent,
psychiatrie générale et addictologie, CRPPN,
victoria.lotz@aphp.fr

Thierry Baubet
Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ;
Université Sorbonne Paris Nord, UTRPP ; AP-HP, Hôpital Avicenne,
Service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent,
psychiatrie générale et addictologie, CRPPN,
Centre National de Ressources et de Résilience (CN2R),
thierry.baubet@aphp.fr

Cette enquête a pu être réalisée grâce au soutien scientifique et financier
de l'Institut Convergences Migrations pour la recherche MoCoMi
<https://www.icmigrations.cnrs.fr/mocomi/>

Les auteurs remercient les personnes ayant donné leur consentement
pour cette recherche, ainsi que les relecteurs de cet article
pour leurs précieux commentaires.

BIBLIOGRAPHIE

- BACQUÉ, M-F (2006), Deuils et traumatismes, *Annales Médico-Psychologiques*, n° 164, p. 357-363.
- BACQUÉ, M-F (2020), Place des rites funéraires dans le processus du deuil, *Jusqu'à la mort accompagner la vie, Rites du soin en fin de vie*, n° 140, p. 45-55.
- BACQUÉ M-F et Hanus M. (2020), *Le deuil*, Que sais-je, PUF.
- BACQUÉ, M-F. (2016), Rites du soin en fin de vie, *Fins de vie, Éthique et Société*, E. Hirsh (dir.), Paris, Erès, p. 580 – 587.
- BAJOS N., WARZSAWSKI J., COUNIL É., JUSOT. Fl., SPIRE A., MARTIN C., MEYER L., SIREYJOL A., FRANCK J.-E., LYDIÉ Na. (2020), Les inégalités sociales au temps du Covid-19?, *Questions de santé publique*, n° 40.
- BAUBET T., SAGLIO-YATZIMIRSKY M-C., (2019), Santé mentale des migrants : des blessures invisibles », in *Revue du Praticien*, juin 2019, n° 6, p. 672-675.
- BEN-CHEIKH I., RACHÉDI L., ROUSSEAU C. (2020), Deuil compliqué selon les cultures : défis diagnostiques et limites des classifications internationales, *Frontières*, « trajectoire du mourir et du deuil », vol. 32, n° 1, disponible sur <https://www.erudit.org/fr/revues/fr/2020-v32-n1-fr05603/1072750ar/>
- BRUN S. et GOSSELIN, A., coord. (2021), Un système de santé universel? Inégalités et discriminations dans le soin en France, *De Facto*, ICM, n° 25, mars <https://www.icmigrations.cnrs.fr/defacto/defacto-025/>
- Classification internationale des maladies 11 (CIM, Organisation mondiale de la Santé, 2018). Disponible sur <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>
- DEVEREUX G. (1985), *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion.
- DAISUKE F. *et alii*, prevalence and determinants of complicated grief in general population, *Journal of affective Disorder*, 127, 2010, pp. 352-352.
- HANUS, M. (2006), Deuils normaux, deuils difficiles, deuils compliqués et deuils pathologiques, *Annales médico-psychologiques*, 164, p. 349-356.
- JOSSE, E. (2019), *Les syndromes psychotraumatiques, quoi de neuf dans la CIM 11?* En ligne http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/chgt_cim_psychotrauma.pdf
- KOBELINSKY C., Le Courant, S. (2020), Pratiques cérémonielles pour les morts en migration, Le deuil en exil, *Mémoires 2020/2* (N° 78), Centre Primo Levi.
- KOKOU-KPOLOU, K., Moukouta, S. C. S., Bacqué, M.-F., Kpelly, D. E., & Baugnet, L. (2016). L'accompagnement du mourir et le deuil créateur dans le contexte de la perte du conjoint. Quelques aspects transculturels. *Études sur la mort*, n° 150 (2), pp. 135-149.
- LEBIGOT, F. (2009), Le traumatisme psychique, *Stress et trauma*, 9 (4), p. 201-204.
- LEBIGOT, F. (2016) « L'effraction traumatique », *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*, Chap. 1. (dir.) Lebigot F., Dunod, p. 1-11.
- LEFÈBVRE, O. & MAILLE, D. (2019), Accès aux droits, accès aux soins : quels obstacles pour les migrants? Un écart important entre droits et pratique, *La revue du praticien, Santé des migrants* (1), 69 (5), p. 567-572.
- PISON, G & MESLÉ, F. (2022), La Covid-19 plus meurtrière pour les hommes que pour les femmes, *Population et Sociétés*, n° 598, mars 2022, p. 1-4. <https://doi.org/10.3917/pop-soc.598.0001>
- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-5 (American Psychiatric Association (2015) édition française, Elsevier Masson.

SAGLIO-YATZIMIRSKY, M.-C. (2020), Face à la crise et à l'exil, le soin », in *Le soin en première ligne*, PUF, F. Worms, J.-C. Mino et M. Dumont (dir), PUF, p. 83-92.

SAGLIO-YATZIMIRSKY (2018), *La voix de ceux qui crient, rencontre avec des demandeurs d'asile*, Paris, Albin Michel.

SHEAR, K. (2015), Complicated Grief, *The New England Journal of Medicine*, 372, 2, p. 153-160. En ligne <https://in.bgu.ac.il/en/fohs/communityhealth/Family/Documents/Complicated%20Grief.pdf>

SERVAN-SCHREIBER C. (2014), Introduction, *Indianness and Creolity in the Île Maurice*, p. 11-46. Collection Purusatha, n° 32, Paris, Éditions de l'EHESS.

SAYAD, A. (1999) *La Double Absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Paris, Le Seuil.

THOMAS L.-V. (1985), *Rites de mort*, Paris, Fayard.

Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky, Victoria Lotz, Thierry Baubet - « Une mort surréaliste ». Familles immigrées endeuillées par les morts de Covid-19

Résumés

Les populations immigrées de la Seine-Saint-Denis en France ont été particulièrement affectées par la Covid-19 provoquant des morts perçues comme « brutales ». Le contexte des deuils, en pleine crise sanitaire, a pu compliquer ces derniers. À partir de l'analyse du dispositif « Familles endeuillées » du Centre Régional de Psychotraumatisme de Paris Nord, la présente étude se propose d'investiguer l'impact traumatique des mesures sanitaires prises pendant le premier confinement. Elle fait le lien entre la mort de Covid-19 et la migration : cette dernière est-elle un facteur compliquant le deuil ou à l'inverse une ressource culturelle facilitatrice du deuil ?

Mots-clés : Mort de la Covid, migration, traumatisme, deuil, deuil compliqué, deuil prolongé, culture, rites funéraires, approche transculturelle

Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky, Victoria Lotz, Thierry Baubet - "A surreal death". Immigrant families bereaved by deaths due to Covid-19

Abstract:

Immigrant populations in Seine-Saint-Denis in France were particularly affected by Covid-19, causing deaths that were perceived as "brutal". The context of mourning, in the midst of a health crisis, may have complicated the representations of the death. Based on the analysis of the "Bereaved Families" project of the Paris North Regional Psychotrauma Center, this study investigates the traumatic impact of the health measures taken during the first containment. It makes the link between the death of Covid-19 and migration: is the latter a factor complicating mourning or, on the contrary, a cultural resource facilitating mourning ?

Keywords: Death from coronavirus disease, migration, trauma, bereavement, complicated grief, prolonged grief, culture, funeral rites, cross-cultural approach