

Chapitre 4

Vieillesse, vulnérabilité et gestion de la mort

Les vieux immigrés face à la pandémie COVID-19¹

Omar Samaoli

Introduction

Ce texte est une écriture complexe, il propose de revenir sur les prémisses mondiales de l'épidémie de Covid-19 et sur ses premiers effets en France. En ce sens, si les données statistiques mondiales ou locales sont disponibles et accessibles, il n'en va pas de même pour des restitutions qualitatives qui renseignent sur le vécu quotidien des populations vulnérables face à l'épidémie. La littérature scientifique disponible, par ailleurs abondante, porte essentiellement sur des projections épidémiologiques et sur l'examen minutieux des concepts ayant présidé aux décisions publiques prises pour combattre l'épidémie. Elle comporte enfin quelques rares écrits sur la situation sanitaire dans les hôpitaux, qui sont autant de cris d'alarme devant leur saturation ou l'épuisement des soignants très sollicités.

Dans ce texte, nous portons une attention exclusive sur l'émergence de l'épidémie et les mesures qu'elle a entraînées. Nous pensons que les mois de mars, avril et mai 2020 ont été des moments uniques, sans aucune similitude avec ce qui a été vécu par la suite. Au désarroi profond caractérisant cette séquence ont succédé des accommodations et des petits arrangements, qui n'ont pas exclu la peur de l'épidémie, mais où l'organisation de la vie s'est faite autrement.

L'observation du terrain a été rendue difficile par le contexte même. Elle se heurtait à l'impossibilité de circuler librement en raison du confinement et de rencontrer les personnes. Ce n'est qu'avec la levée du premier confinement que l'observation et la circulation sur le terrain sont devenues possibles. Demeurait toutefois la crainte toujours présente d'un risque de contamination et ce, en raison d'une observation très aléatoire des mesures barrières et de l'absence, à cette période, d'une généralisation des tests qui mettait à l'abri autant les usagers que l'observateur.

Par là même, ce que nous présentons dans cette analyse est surtout une mise en situation, dans ce contexte d'épidémie, des relations qui se sont imposées entre une population vulnérable et particulièrement exposée, celle des personnes âgées dans l'immigration, leur cadre de vie, et l'ensemble des mesures à caractère sanitaire prises pendant cette période. L'objectif est de restituer des éléments de la vie quotidienne démontrant le désarroi particulier de ces personnes et la façon dont elles ont intégré dans leur vécu l'angoisse de l'épidémie et la contrainte des mesures barrières.

¹ Ce texte ce sont les premières notes d'une recherche plus étendue en cours, qui porte non seulement sur les premiers moments de l'apparition de l'épidémie dans ce contexte spécifique des foyers de travailleurs migrants mais sur sa diffusion dans un public âgé hommes et femmes plus large. Notre recherche en cours porte également sur les questions de la mort et de sa gestion dans ces instants difficiles. Ce travail est mené grâce au soutien financier du CCME.

1. Un désastre sanitaire mondial

Au niveau international

De l'année 2020, les manuels d'histoire et les générations à venir retiendront que l'humanité entière a été prise en otage par une épidémie sans précédent. Une épidémie ravageuse qui a fait voler en éclats tous les systèmes de santé dans le monde et qui a occasionné un nombre considérable de décès. Partie de Chine, l'épidémie de Covid-19 a très rapidement gagné l'Europe dans une atmosphère de désordre et de panique généralisés telle que les pays occidentaux n'en avaient plus connu depuis longtemps.

Le 31 décembre 2019, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a été informée par les autorités chinoises d'un nombre alarmant de pneumonies dont tous les cas initialement confirmés semblaient liés à un marché d'animaux vivants dans la ville de Wuhan (région du Hubei). Le 9 janvier 2020, un nouveau virus a été identifié par l'OMS comme étant responsable de ces cas groupés de pneumopathies en Chine. Il s'agit d'un coronavirus, officiellement désigné sous le nom de SARS-CoV-2, responsable de la maladie appelée Covid-19 par l'OMS le 11 février 2020.

A l'échelle européenne, la situation, à ce moment précis, était complexe et variable d'un pays à l'autre. Le tableau ci-dessous résume le nombre de décès de patients atteints du Covid-19 dans différents pays, ainsi que le surcroît de mortalité liée à la pandémie. Les taux sont faibles en Autriche, en Allemagne et en Suisse. Ils sont intermédiaires en France et plus élevés en Italie, Espagne, Royaume-Uni, Suède et aux États-Unis.

Tableau 1 : Situation des décès dans le monde au 1er octobre 2020

	Nombre de décès dûs au Covid-19	Décès dûs au Covid-19 pour 100.000 habitants	Excès de mortalité (en nombre de décès)	Excès de mortalité par 100.000 habitants
Autriche	799	9,02	1 403	15,84
Allemagne	9 500	11,4	7 552	9,10
Suisse	1 782	20,9	1 489	17,43
France	31 956	47,7	28 306	42,24
Italie	35 894	59,5	47 484	78,67
Espagne	31 791	67,7	46 742	99,58
Suède	5 893	57,6	5 197	50,80
Royaume-Uni	42 143	63,2	57 844	86,79
États-Unis	206 928	62,9	190 959	58,03
Source	ECDC*	ECDC*	Human Mortality Database**	Human Mortality Database**

* Centre européen de prévention et de contrôle des maladies 1er octobre, 2020

** A compter du 1^{er} mars 2020

Au 26 avril 2020, le virus avait déjà coûté la vie à quelque 193.710 personnes dans le monde. Or, le taux de mortalité était cinq fois plus élevé que la moyenne chez les plus de 80 ans. De ce fait, au regard de la situation mondiale, la pandémie

de Covid-19 a été dès le début une source de craintes et de souffrances indicibles, particulièrement chez les personnes âgées.

Chronologie de l'épidémie en France

L'exportation de cas de Covid-19 depuis la Chine vers d'autres pays a été observée dès le mois de janvier 2020. L'ensemble des continents a été progressivement touché, conduisant l'OMS à déclarer l'état d'urgence de santé publique internationale (USPPI) le 30 janvier 2020. Le 11 mars 2020, l'OMS déclarait la pandémie de Covid-19.

Le premier cas importé en France dont la séquence génétique du virus est connue, est officiellement répertorié le 24 janvier 2020. Le 14 février, le premier mort recensé est l'un des deux touristes chinois arrivés en France le 23 janvier 2020 et hospitalisés dès le lendemain. Âgé de 80 ans, il décède dans le service de réanimation de l'hôpital Bichat, à Paris. Trois jours plus tard débute le rassemblement évangélique de l'Église Porte ouverte chrétienne à Mulhouse. Il réunit de 2.000 à 2.500 personnes jusqu'au 21 février 2020. Un millier de personnes au moins sont contaminées. Cette manifestation jouera un rôle majeur dans la propagation du virus en France après le retour des fidèles à leur domicile et provoquera un important foyer épidémique dans le département du Haut-Rhin, puis dans la région Grand Est. Le 15 mars 2020, la France est au stade 3 de l'épidémie. Le pays a connu depuis lors trois périodes de confinement, mesure extrême instaurée dans l'espoir de ralentir la propagation du Covid-19. Un premier confinement, mis en place le 17 mars 2020, a été progressivement levé à partir du 11 mai. Un second confinement, moins strict, a été en vigueur du 30 octobre au 15 décembre 2020. Enfin, un troisième confinement est intervenu du 3 avril au 3 mai 2021. Indépendamment de ces mesures de confinement, l'application des « gestes barrières », effective dès le début de la période, reste depuis lors fortement recommandée tandis que localement, d'autres mesures ont été prises et laissées à l'initiative des autorités locales.

2. Vulnérabilité, isolement et Covid-19

L'attention du lecteur est ici sollicitée pour ne pas voir dans ce qui suit une n^{ième} lecture de la réalité dans les foyers de migrants, un propos devenu presque familier. Dans ce contexte d'épidémie, il est nécessaire de s'attarder sur les caractéristiques d'une population fragile et à haut risque devant l'épidémie, du fait de plusieurs facteurs (UNAFO, 2020) :

- parce que ce sont des hommes isolés, « célibatairisés » : ils vivent seuls en FTM, ont laissé leur famille au pays et font pour la plupart des allers-retours permanents entre leur pays d'origine et la France. Or, depuis le début de l'épidémie, ces navettes n'ont plus été possibles, ce qui a accru leur isolement.
- parce qu'un tiers d'entre eux présente d'ores et déjà *une symptomatologie dépressive* à l'échelle CES-D (Verdier-Taillefer MH, Gourlet V, Fuhrer R, Alpérovitch, 2001) (contre 17% des plus de 65 ans dans la population générale). A ce jour, le confinement a engendré des situations de décompensation forte et de détresse psychologique lourdes.

- parce qu'ils ont pour la plupart *des séquelles physiques très lourdes*, résultant de parcours professionnels marqués par de multiples accidents du travail.
- parce qu'ils sont âgés, majoritairement de plus de 60 ans² (Adoma, 2020) et présentent des pathologies liées à la vieillesse comme la perte de mémoire, des problèmes de prostate, de cœur, d'hypertension et du diabète. Ils sont aussi confrontés à des problèmes précoce de dépendance : 4,5% des 60-69 ans nés au Maghreb sont concernés par ces problèmes contre 1,3% chez ceux nés en France. Ils ont souvent le profil des personnes accueillies normalement en EHPAD.
- parce qu'ils sont *en situation de pauvreté* : la plupart d'entre eux touchent l'allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA) et connaissent des entraves administratives pour accéder à leurs droits sociaux, d'autant plus qu'ils sont généralement illétrés.
- parce que certains d'entre eux partagent des chambres ou des parties communes (toilettes et sanitaires) dans les FTM non transformés en résidence sociale. Cette promiscuité est un facteur de contamination exponentiel qui peut leur être fatale. Cette situation est criante en Ile de France, avec les foyers qui regroupent des personnes originaires d'Afrique subsaharienne, mais elle existe aussi dans certains foyers situés dans les régions Grand Est, Sud, AURA et Hauts de France, en lien avec l'histoire des vagues migratoires en France.

Il est aussi utile de préciser la nature du logement concerné par notre propos et de souligner ses caractéristiques, parce que selon que l'on parle de « foyer » ou de « résidence sociale », on a affaire à deux entités distinctes. Un « foyer » est un établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs, meublés ou non, et des locaux communs affectés à la vie collective. Il accueille notamment des personnes âgées, des personnes handicapées, des jeunes travailleurs, des étudiants, des travailleurs migrants ou des personnes défavorisées (Code de la construction et de l'habitation. Article L633-1). Il se compose de chambres individuelles ou collectives pouvant contenir deux ou trois lits par chambres. On rencontre encore quelques dortoirs de quatre lits pouvant aller jusqu'à vingt. A l'extérieur de la chambre, les résidents partagent cuisine et sanitaires (WC et douches) collectifs. La « résidence sociale », quant à elle, est destinée à des individus isolés ou à des familles. Il s'agit d'un établissement destiné à l'accueil, sans condition de durée, de personnes dont la situation sociale et psychologique rend difficile leur accès à un logement ordinaire.

Le contexte de l'épidémie en France a mis au premier plan de l'actualité les fragilités et les vulnérabilités accrues affectant bon nombre de personnes. Ce sont les personnes âgées ou très âgées, qui souffraient déjà d'un état de santé dégradé par des affections et des morbidités diverses, qui ont le plus pâti des premiers effets de l'épidémie. A ces états de santé dégradés se sont ajoutées les mauvaises conditions de vie et de logement. C'est ainsi que les personnes âgées immigrées

² Dans les effectifs des personnes hébergées dans le parc de Adoma, le plus grand logeur en France des populations isolés, les résidents de 60 ans et plus sont 22.962 majoritairement des hommes à 96% et la part des personnes de 70 ans et plus représente 55,4% de ces effectifs. Adoma, Les cahiers thématiques, n°11, janvier 2020

des Foyers de Travailleurs Migrants (FTM) se sont retrouvées en première ligne de l'épidémie et ont été concernées autant par l'extension des contaminations que par les décès.

Néanmoins, on n'aurait jamais remis sur le devant de l'actualité la situation désastreuse des personnes qui vivent dans les foyers si les données sanitaires, sur le plan national, n'avaient pas insisté sur le tribut que payent prioritairement les personnes âgées à ce virus ravageur et tout particulièrement les résidents des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (Ehpad). Depuis le 9 mai 2020, un total de 4365 *clusters* dont 684 en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ont été enregistrés. L'identification des *clusters* dits « à criticité élevée » place les Ehpad au premier rang avec un taux de 73%. Viennent ensuite ce qui est désigné comme les « communautés vulnérables » avec un taux de 58% (Santé publique France, 2020).

Le parallèle établi ici entre établissements sanitaires d'hébergement pour personnes âgées et foyers de travailleurs migrants s'explique par la vulnérabilité comparable des deux publics qui y résident. Il s'avère ainsi qu'après les Ehpad, les foyers sont devenus l'une des collectivités les plus fragiles, du fait du partage d'espaces de vie communs et du délabrement sanitaire de bon nombre de personnes qui y vivent, particulièrement les plus âgées.

Ainsi, et dès le premier avril 2020, une coordination de foyers et de résidences sociales a saisi les acteurs publics (gestionnaires, responsables publics, institutions sanitaires et élus locaux) par une lettre ouverte dans laquelle elle exprime leurs inquiétudes et précise leurs besoins. Ces acteurs réagissent ainsi à l'apparition des premiers cas de Covid-19 dans leurs établissements, en raison des difficultés qu'occasionne le confinement dans ces espaces. Leurs revendications se résument dans les points suivants :

- que les foyers et les résidences sociales soient considérés comme des établissements à risque, à l'instar des Ehpad ;
- que les résidents soient testés massivement, en toute priorité ; que des masques et des bouteilles de gel hydroalcoolique leur soient distribués en nombre dès à présent et surtout lorsqu'un résident contracte le Covid-19 ;
- que le nettoyage des établissements soit renforcé, avec des mesures de désinfection dès la détection d'un cas suspect ;
- qu'il soit vérifié, dans chaque établissement, que tous les résidents aient bien à leur disposition les numéros de téléphone à appeler en cas de doute ou de maladie avérée ;
- qu'il soit vérifié que les consignes de protection soient bien diffusées dans les foyers, en particulier via les comités de résidents, notamment le lavage des mains, mais aussi les consignes à respecter en cas de symptômes (ne prendre aucun médicament autre que le Doliprane, aucun anti-inflammatoire, aucun traitement par voie nasale ou inhalation) ;
- que le paiement des redevances soit différé ;
- que la redevance soit partout diminuée d'au moins 50 €, du fait de la disparition de nombreuses prestations telles que le ménage, le changement de linge, etc.

Ainsi, la vie dans les foyers est devenue un enjeu sanitaire important, ces établissements étant des espaces de risque dont il faut mesurer la gravité et tenir compte à tout instant. Par ailleurs, dès avant l'arrivée de l'épidémie, nous savions que ces lieux de vie comptaient de plus en plus de résidents immigrés âgés et très âgés, dont beaucoup étaient déjà en situation de perte d'autonomie (certains étant incapables de sortir de leur chambre ou sortant très peu) et pour lesquels se posait le problème des prestations socio-sanitaires (soins infirmiers ou d'hygiène, suivi médical et accompagnement social).

3. L'application des mesures barrières

Comme dans les autres pays européens et au-delà, l'épidémie a continué de progresser en France, avec chaque jour un nombre de plus en plus élevé de contaminations, d'admissions dans les services des urgences hospitalières et de décès. C'est dans ces circonstances que le concept de *cluster* a bénéficié d'une fortune à la fois sanitaire et médiatique en mettant l'accent sur la dangerosité des attroupements et des rencontres ou des croisements massifs de populations dans tous les espaces publics ou privés.

Dès lors, la réponse publique a consisté, dans un premier temps, à inciter les populations à observer des « gestes-barrières » préventifs : port du masque recommandé, lavage des mains fréquent ou utilisation de gel hydroalcoolique et respect des distances sociales.

La mise en place de ces mesures préliminaires préventives a rencontré bon nombre de difficultés sur lesquelles il n'est pas inutile de revenir pour en examiner leur contenu, leur mise en œuvre et leur chance d'aboutir ou non à des résultats probants.

Concernant le port du masque, au-delà de l'épisode initial concernant son utilité ou son inutilité, ou la question de savoir s'il fallait le réservier au seul personnel soignant, il a surtout fallu faire face à la pénurie de ce produit, dans les foyers comme partout ailleurs. Faute de pouvoir en fabriquer localement, la France a connu une vraie « crise des masques » dont l'importation s'est avérée très difficile. La distribution a ainsi été rationnée au plan national, ce qui en fin de compte a poussé les collectivités locales à s'en procurer par leurs propres moyens et à en distribuer sur leurs territoires. A ce propos, il faut souligner l'implication des acteurs sociaux qui se sont employés à fabriquer et à distribuer des masques pour les populations fragiles, notamment celle des foyers. Restent aussi à signaler les mauvais usages, n'assurant pas la protection, de cet élément peu familier qui a fait irruption dans la vie quotidienne des individus. Très souvent, l'avoir sur soi était juste un alibi : en réalité les personnes l'avaient dans la poche, autour du poignet, ou juste sur la bouche, mais nullement là où il devait être, recouvrant prioritairement le nez et la bouche.

Si la distribution de gel hydroalcoolique s'est faite sans difficulté, la question du lavage des mains, geste extrêmement important, aurait pu faire l'objet d'une pédagogie pratique sur les techniques de lavage et sur les risques encourus à tout instant de la vie, ce à quoi beaucoup de gens ne pensaient pas. Il était illusoire de croire qu'un affichage dans les halls ou dans les parties communes des lieux de vie pouvait être d'une grande efficacité, alors qu'il s'agit d'un public majoritairement analphabète et un peu fataliste, même dans ce moment de grande inquiétude.

Le respect des distances sociales a été la mesure phare des préconisations et en même temps celle qui a été la plus difficile à mettre en œuvre dans les foyers. L'exigüité des espaces de vie partagés, l'usage collectif de certains d'entre eux, la promiscuité générale rendaient cette mesure particulièrement difficile à appliquer et à faire respecter. Les attitudes et gestes spontanés de convivialité et de proximité reprenaient vite le dessus, faisant fi de ces consignes, et seule la découverte ou la déclaration d'un cas contagieux touchant un voisin de palier ou une connaissance proche faisait prendre conscience de la dangerosité du moment.

Néanmoins, dans un avis publié le 16 mars 2020, le Conseil scientifique Covid-19 constatait l'échec manifeste des mesures dites de distanciation sociale, et formulait d'autres préconisations, à savoir :

- pour la population métropolitaine dans son ensemble, la mise en œuvre rapide d'un confinement généralisé strict sur le modèle de l'Italie, mis en place au niveau national sur l'ensemble du territoire français, avec éventuellement des mesures plus strictes dans les zones les plus touchées.
- pour les personnes les plus fragiles, conformément à l'avis émis le samedi 14 mars 2020 par le Haut Conseil de la Santé publique, des recommandations permettant d'assurer une protection maximale pour ces personnes. Ces recommandations comportaient des mesures d'exclusion concernant tous les établissements hébergeant des personnes à risque de forme grave de Covid-19 (hébergement de personnes âgées dépendantes, hébergement de personnes handicapées, hébergement de personnes précaires), un confinement total à domicile pour les personnes fragiles non hébergées dans des établissements spécialisés et des mesures spécifiques à mettre en œuvre pour les personnes précaires. L'exclusion signifiait en l'occurrence que les personnes contaminées par le Covid-19 seraient soustraites à la vie en collectivité et transférées dans des hôtels ou des villages-vacances, comme cela a été ponctuellement pratiqué.

Durant cette période d'incertitude et de confusion, un climat complexe s'est installé entre les requêtes de résidents qui s'estimaient peu ou pas pris en compte, des responsables qui déclaraient faire ce qu'ils pouvaient avec les faibles moyens dont ils disposaient et des autorités sanitaires qui se dédouanaient en affirmant leur prise en compte des risques divers encourus par la population, et particulièrement par les personnes fragiles et vulnérables, indépendamment de leur lieu de vie. Dans tous les cas, la protection des publics des foyers restait conditionnée par la mise en œuvre des recommandations suivantes (cellule de crise Covid-19, avril 2020) :

- un *dépistage systématique en FTM*, pour protéger ceux qui n'étaient pas atteints et orienter ceux qui l'étaient sur les sites de desserrement ;
- la possibilité d'*assurer le confinement en orientant de manière effective les personnes vers les centres d'hébergement spécialisés* ;
- la possibilité de les protéger en leur faisant bénéficier *des chambres d'hôtels* dans les territoires où les sites de desserrement ne permettent pas leur accueil
- la fourniture d'*équipements de protection individuelle, de kits hygiènes et d'autres éléments permettant de protéger salariés et résidents*, pour assurer une présence minimum dans les Foyers de Travailleurs Migrants (FTM) ;

- la fourniture de *tickets services pour disposer de linge jetable* ;
- la mobilisation des équipes mobiles soignantes *dans des délais plus rapides* que ceux ordinairement pratiqués, afin de passer régulièrement sur les sites pour évaluer les besoins, rassurer les personnes et orienter les malades le cas échéant ;
- la continuité de service des *aides à domicile* (infirmiers, repas, etc...)
- la non-rupture des droits sociaux et de ceux liés *au titre de séjour*.

Toutes ces dispositions étaient tributaires de l'engagement des moyens de l'État et de ses services de santé (Agences Régionales de la Santé), mais il était à craindre que ce qui paraissait pertinent sur le papier le serait beaucoup moins dans la pratique, par l'insuffisance des moyens déployés.

4. Autopsie d'un confinement

Les mesures barrières déployées n'ont pas suffi à réduire suffisamment la circulation du virus et c'est dans leur prolongement, face à une situation épidémique toujours incontrôlée, qu'une première mesure de confinement généralisé sur deux mois (mars-avril 2020) a été prise. Au mois de février 2020, la France ne comptait encore que quelques cas de ce qui était désigné par le coronavirus. Néanmoins freiner la propagation du virus semblait de plus en plus illusoire et le pays devait se préparer au passage au stade inexorable de l'épidémie.

Début mars, les échos venant de l'Italie, premier pays européen meurtri par l'épidémie et dans lequel on comptait déjà les morts par milliers, n'étaient guère rassurantes. Les projections épidémiologiques en France étaient de plus en plus alarmantes et le rempart des gestes barrières semblait dérisoire pour freiner l'épidémie. Dès lors la décision fut prise de fermer crèches, écoles, collèges, lycées, universités, mais aussi les gymnases, les bars, les restaurants et les discothèques (ainsi que tout établissement accueillant du public, tels que les lieux culturels) et de confiner la population. Ainsi, le 17 mars 2020, la France entière a été mise « sous cloche » et le pays a connu un arrêt sans précédent de ses activités, notamment économiques.

Tableau 2 : Chronogramme des trois périodes de confinement en France (2020-2021)

17 mars	avril	11 mai	30 octobre	novembre	15 décembre	3 avril	3 mai
2020	2020	2020	2020	2020	2020	2021	2021

La vie sociale s'est ainsi trouvée réduite au strict nécessaire, avec la fermeture des lieux publics (hors commerces alimentaires) et une circulation réduite à minima et fortement réglementée, une attestation de déplacement étant rendue obligatoire pour circuler.

Pour les résidents en foyer, le confinement a privé les plus âgés des rares sorties régulières qu'ils effectuaient. En raison de la fermeture des lieux de culte, ils ne pouvaient plus se rendre aux différents offices de la prière. Les marchés hebdomadaires, lieux de rencontres et d'échanges par excellence pour ce public, étaient également fermés.

Le choix de s'attarder, dans cette contribution, sur la première période du confinement de mars-avril 2020 se justifie à plus d'un titre. D'abord, cette période a constitué une première en matière de politique publique sanitaire avec ses retombées et son impact social, économique et même politique. Ensuite, ce choix se justifie par l'impact psychologique que ces mesures ont produit sur la population des foyers, sommée de s'enfermer et de réduire ses interactions sociales, pour ne pas dire de renoncer totalement à toute vie publique en restant enfermée chez elle. Isolement, enfermement, absence de contact avec le monde extérieur sont devenus les marqueurs de la vie quotidienne, doublés d'une effroyable peur qui a touché tout le monde. Les visites sont devenues impossibles et même la continuité des soins, pour certains malades, a été bouleversée, voire interrompue. La fracture numérique a été durement ressentie et l'exemple le plus significatif a été celui des attestations dérogatoires nécessaires pour sortir. Ne disposant ni d'ordinateurs, ni de connexion internet, les résidents des foyers ne pouvaient se procurer ces sésames devenus indispensables au moindre déplacement. Cette situation a entraîné une foule de petits « trafics » qui ont fait l'affaire des gérants de télésoutiques, mais même dans ce cas de figure, il fallait trouver une âme charitable pour remplir ces formulaires de sortie.

Même si ce que nous avons présenté jusqu'ici sur la vie quotidienne et l'impact des mesures publiques concerne la singularité d'une population et de son environnement, il n'est pas excessif de rapprocher tout cela des difficultés d'ensemble que le pays a connu. Il est dès lors intéressant d'apprécier le bilan d'étape de la Mission indépendante qui a été mise en place pour évaluer la stratégie nationale sur cette période (Didier Pittet, Laurence Boone, Anne-Marie Moulin, Raoul Briet, 2020).

Les premiers constats de la Mission mettent en évidence des défauts manifestes d'anticipation, de préparation et de gestion de la pandémie. La Mission souligne ainsi le déclin progressif du degré de priorité accordé à la prévention des pandémies au cours de la dernière décennie, concourant à une moindre préparation et vigilance au risque. La dynamique de l'épidémie a pris de vitesse tant les systèmes de surveillance sanitaire que les entités chargées de l'anticipation et du déploiement des contre-mesures. Le retard d'appréciation a été d'autant plus pénalisant que la croissance du nombre des hospitalisations s'est avérée exponentielle.

La disponibilité des masques a pâti des hésitations sur leur doctrine d'emploi et de graves insuffisances en matière de gestion. Pour sa part, la capacité de tests a souffert initialement d'un retard dans leur déploiement à grande échelle. Aujourd'hui, plusieurs questions se posent : la stratégie de priorisation, les délais de restitution des résultats et leur utilisation opérationnelle en vue du contrôle de l'épidémie (traçage, isolement). Enfin, la communication gagnerait à être améliorée. La confiance dans les autorités a été ébranlée au début de la crise par les polémiques sur les masques puis, dans une moindre mesure, sur les tests. Les changements du discours officiel sur leur emploi ont conduit à ce qu'il soit perçu comme contradictoire par une partie de la population.

En résumé, ce qui s'est tramé dans cette situation complexe et à responsabilités multiples, c'est une sorte de réaction en chaîne : les résidents ou leurs représentants ont fait état de leurs inquiétudes et de leurs besoins auprès des responsables directs

de leur cadre de vie et ces derniers en ont appelé à l'Etat pour les doter de moyens conséquents afin de répondre aux usagers.

5. Une mort frustrée entre réglementations et rituels

Ce chapitre appelle une triple analyse : d'abord la lecture de la part importante des décès chez les populations natives de l'étranger et notamment chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Ensuite, il nous paraît important d'examiner les mesures sanitaires relatives à la gestion des décès et l'organisation des funérailles des personnes décédées du Covid-19. Enfin, nous esquisserons quelques éléments concernant les rituels funéraires et les lieux de sépulture.

Pendant la crise sanitaire liée au Covid-19, le nombre de décès a fortement augmenté en France, avec des différences marquées selon le pays de naissance des personnes décédées.

Tableau 3 : Décès des étrangers en Ile de France et dans la France entière entre 2019 et 2020

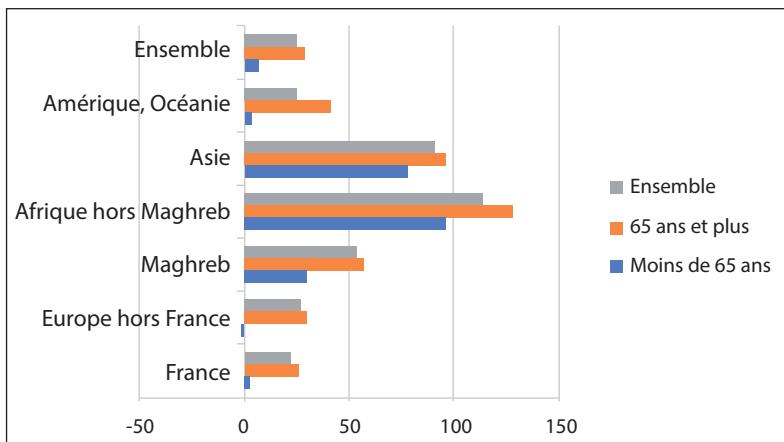
	Ile de France		France	
	Nombre de décès 2019	Nombre de décès 2020	Evolution 2020/2019 en %	Evolution 2020/2019 en %
France	9.379	16.686	78%	22%
Europe hors France	920	1.695	84%	27%
Maghreb	1.250	2.925	134%	54%
Afrique hors Maghreb	404	1.289	219%	114%
Asie	346	933	170%	91%
Autres pays (Amériques, Océanie)	118	271	130%	25%
Ensemble	12.417	23.799	92%	25%

Source : INSEE, Focus, 2020

Toutes causes confondues, les décès en mars et avril 2020 de personnes nées à l'étranger ont augmenté de 48% par rapport à la même période en 2019, contre +22% pour les décès de personnes nées en France. La hausse a été la plus forte pour les personnes nées en Afrique (+54% pour les décès de personnes nées au Maghreb, +114 % pour celles nées dans un autre pays d'Afrique) ou en Asie (+91 %) (Tableau 3).

Il ressort aussi des données statistiques disponibles concernant les personnes nées à l'étranger, que la tranche d'âge des 65 ans ou plus a été durement touchée par les décès dans *la période de mars-avril 2020* et ce en comparaison avec la même période de l'année 2019. (Graphique 1). Ainsi les décès des personnes natives du Maghreb ont augmenté de presque 60% et les décès des personnes nées en Afrique hors Maghreb ont augmenté de manière vertigineuse de plus de 120 %. Et de manière continue, le nombre des décès imputés à l'épidémie n'a cessé d'augmenter (Tableau 3) malgré la période de confinement généralisé durant les mois de mars et d'avril 2020.

Figure 1 : Évolution du nombre des décès entre mars-avril 2019 et mars-avril 2020 en fonction de l'âge, par pays de naissance



Source : INSEE, Focus, 2020

Depuis février 2020, la législation funéraire est devenue un champ juridique complexe tributaire de l'évolution de l'épidémie et des décès qui ne cessent d'augmenter, mettant à forte contribution les professionnels du funéraire. Une législation funéraire s'en trouve alors marquée ou plus exactement partagée entre rigidité et assouplissement, entre obsession hygiéniste face à un risque éventuel de contamination et ouverture et compassion pour des familles endeuillées de plus en plus dépossédées ou empêchées de célébrer leur mort ou de leur rendre les derniers hommages. Le caractère mondial de ce décompte macabre des gens emportés par l'épidémie a mis en relief le rôle d'un acteur social devenu incontournable, les agents des pompes funèbres.

Le caractère mondial du phénomène a été l'occasion pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS 2020) d'insister sur le rôle de ces acteurs et l'adaptation de leurs pratiques. Ainsi :

- les agents de santé ou le personnel mortuaire chargé de préparer le corps (lavage du corps, coiffage des cheveux, coupe des ongles, ou rasage) doivent porter un Equipment de Protection Individuel (EPI) approprié, conformément aux précautions standard (gants, blouse jetable imperméable [ou blouse jetable avec tablier imperméable], masque médical, protection oculaire) ;
- Si la famille souhaite uniquement voir le corps et ne pas le toucher, elle peut le faire, en respectant les précautions standard en permanence, notamment l'hygiène des mains. La consigne claire de ne pas toucher ou embrasser le corps est donnée à la famille ;
- L'embaumement n'est pas recommandé, afin d'éviter de trop manipuler le corps ;
- Les adultes âgés de plus de 60 ans et les personnes immunodéprimées ne doivent pas avoir d'interactions directes avec le corps.

Les avis du Haut Conseil de la Santé Publique

Différents avis ont accompagné l'adaptation des rituels funéraires en temps de Covid-19 et ont cherché à concilier la dignité due aux défunts, le respect des familles et les exigences sanitaires impérieuses.

Le 18 février 2020, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), saisi par la Direction générale de la santé (DGS), a préconisé une mise en bière immédiate en cas de présomption de Covid-19, l'interdiction des soins de thanatopraxie et le placement du défunt dans une housse hermétique.

Le 24 mars 2020, alors même que les consignes et gestes barrière se renforçaient dans le pays, les experts ont changé d'avis et étendu le délai de mise en bière (pas de mise en bière immédiate et transport du corps vers une chambre funéraire autorisée). Ils ont également déclaré qu'il était possible d'ouvrir la housse de protection sur 5 à 10 cm, au niveau du visage. Ils ont aussi autorisé les toilettes rituelles. Le secteur du funéraire, par les voix des représentants des trois fédérations professionnelles (Union du pôle funéraire public, Fédération française des pompes funèbres, Confédération des professionnels du funéraire et de la marbrerie), s'est inquiété de cet avis dans une lettre adressée au Premier ministre datée du 27 mars. Les nouvelles préconisations représentaient, selon elles, un risque important, alors même que toutes les structures funéraires n'avaient pas accès aux protections adaptées.

Le 2 avril, le Haut Conseil a rétabli la consigne de mise en bière immédiate et interdit à nouveau la toilette mortuaire. Ces avis successifs et contradictoires du HCSP ont posé la question de la mise en œuvre des directives nationales et de leur compréhension au niveau local, avec la possibilité qu'elles provoquent des inégalités territoriales. De plus, ces recommandations à l'usage des professionnels ont été rédigées sans consulter les opérateurs funéraires, ni même le Conseil national des opérations funéraires (CNOF), instance consultative placée auprès du ministre de l'Intérieur.

Les décrets encadrant les rites et pratiques funéraires

L'état d'urgence sanitaire institué par la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 a autorisé le pouvoir réglementaire, sur le fondement des articles L. 3131-15 à L. 3131-17 du Code général des collectivités territoriales, à prendre des mesures dérogatoires au droit commun, afin de lutter contre la propagation du Covid-19.

Différents décrets ont adapté les rituels funéraires en temps de Covid-19 et ils ont tous été scrupuleusement communiqués par la Direction générale des collectivités locales (DGCL), entraînant un va-et-vient d'informations inédit entre les collectivités et le milieu du funéraire.

Les opérations consécutives au décès

Le décret n°2020-293 du 23 mars 2020, actualisé par le décret n°2020-497 du 30 avril 2020, prévoit que les défunts atteints ou probablement atteints du Covid-19 au moment de leur décès doivent être *mis en bière dans les plus brefs délais et ne doivent donc pas être transportés hors cercueil du lieu de décès au lieu de sépulture*.

Le décret n° 2020-384 du 1er avril 2020, complétant le décret n° 2020-293 du 23 mars 2020, stipule que les défunts, quelle que soit la cause du décès, *ne peuvent pas faire l'objet d'une présentation en chambre funéraire* (loi n° 93-23 du 8 janvier 1993), *ni de toilette funéraire, ni de soins de conservation*, aussi appelés thanatopraxie. Le décret n° 2020-497 du 30 avril 2020 *réautorise les soins de conservation et la pratique de la toilette mortuaire pour les défunts ni probables, ni porteurs du Covid-19.*

Le décret n° 2020-548 du 11 mai 2020 et le décret n° 2020-663 du 31 mai 2020 maintiennent *l'interdiction des soins de conservation et la toilette mortuaire pour les personnes atteintes ou probablement atteintes du Covid-19*, mais *autorisent les soins post-mortem* (toilette de propreté, obturation des orifices, habillage) s'ils sont réalisés par un professionnel de santé ou un thanatopracteur.

Sur le choix du mode de sépulture, il est rappelé que la volonté du défunt, ou, à défaut, de la personne qui pourvoit aux funérailles, doit être respectée.

Conformément à l'article 3 du décret n° 2020-352 du 27 mars 2020, le *délai d'inhumation et de crémation prévoit un allongement de 6 à 21 jours*, qui n'est plus conditionné à l'accord du préfet.

L'organisation des cérémonies funéraires

La tenue des cérémonies funéraires est autorisée, mais le décret n° 2020-545 du 11 mai 2020 adapte leur déroulement. Il autorise les *regroupements allant jusqu'à 20 personnes, personnel funéraire compris*, dans les établissements de culte ou en cimetière, toujours dans le respect des règles de distanciation physique. À compter du 11 mai 2020, les cimetières sont à nouveau ouverts au public. Les crématoriums, fermés au public pendant le confinement, n'ont pas pu accueillir de cérémonie, situation d'autant plus compliquée qu'il n'existe pas d'autres lieux où réaliser celle-ci, si elle est civile et non religieuse. La lecture combinée des articles 3 et 47 du décret n° 2020-663 du 31 mai 2020 *lève les interdictions de rassemblement de plus de 10 personnes dans les crématoriums et funérariums*, dans les établissements de culte et dans le cadre des cérémonies funéraires organisées hors des établissements recevant du public.

L'option du dépotoire

Un décret n° 2020-352 du 27 mars 2020, portant adaptation des règles funéraires en raison des circonstances exceptionnelles liées à l'épidémie de Covid-19, *a autorisé la mise en place de « dépotoires », permettant la conservation temporaire de cercueils*, en attente de la fin du confinement pour organiser les obsèques. Ce dépôt ne peut pas être supérieur à 6 mois. La question du dépôt provisoire s'est posée, notamment dans le cas des personnes dont le corps ne pouvait pas être rapatrié au pays, qu'il ait été ou non infecté par le Covid-19. Ainsi lorsque la saturation des équipements destinés au dépôt des corps avant et après la mise en bière ne peut être évitée, le préfet peut réquisitionner, au titre de l'article 50 du décret 2020-663 du 31 mai 2020, un lieu qui permet la poursuite des opérations funéraires faisant office de morgue.

Dans la foulée, à la demande de la Préfecture de police de Paris, un *dépotoire faisant office d'une morgue temporaire a été mis en place à Rungis* début avril

2020 pour accueillir les corps qui ne pouvaient être stockés par les services funéraires.

Quoiqu'ayant connu un précédent lors de la canicule de 2003 qui avait compté de très nombreux décès pour lesquels s'était posé un problème de « stockage » avant de leur trouver une sépulture, cette initiative a provoqué une vive émotion parmi les familles endeuillées. C'est la gestion des lieux par un opérateur (leader des services funéraires), qui a été critiquée. Le temps de recueillement auprès d'un défunt y était limité à une heure et la prestation facturée (159 euros de frais d'admission et de séjour, 35 euros par jour supplémentaire après le dépassement du délai réglementaire de 6 jours, et 55 euros pour se recueillir auprès du proche).

Le cas particulier du transport international ou rapatriement

Lorsque le corps qui doit être rapatrié est celui d'une personne atteinte ou probablement atteinte du Covid-19, et que celui-ci fait l'objet d'une mise en bière immédiate, le défunt doit être mis en bière dans un cercueil hermétique. Par ailleurs, cette question du rapatriement des défunts a constitué une vraie difficulté pour les familles qui ont décidé d'enterrer un défunt dans son pays d'origine. La fermeture des frontières au Maroc a rendu impossible le rapatriement, à plus forte raison lorsqu'il s'agissait de défunts décédés du fait du Covid-19. Seule la Turquie acceptait le rapatriement de tous les défunts, y compris celles et ceux décédés de la Covid-19.

Très attachées à l'espoir qu'un défunt trouve le repos éternel dans son pays, certaines familles se sont engagées vers des « séjours temporaires » de la dépouille d'un proche dans des chambres funéraires. Pour donner suite aux protestations du personnel funéraire, le gouvernement a acté par un arrêté fin mars 2020 une mesure exceptionnelle autorisant à différer jusqu'à six mois l'inhumation ou la crémation des défunts.

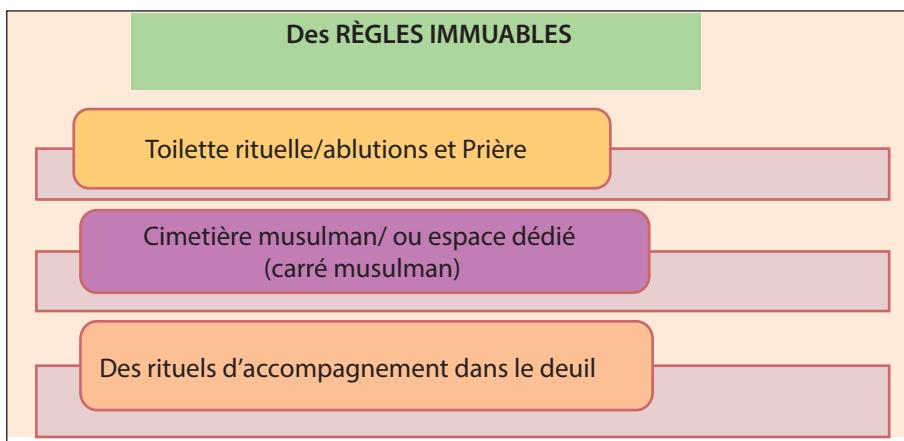
D'autres plus résignées, ou au nom des considérations intimes et familiales, ont accepté de donner une sépulture locale à leur défunt mais dans le for intérieur de nombreuses familles le désir d'un retour au pays est toujours perceptible. Par ailleurs il convient de souligner que lorsqu'il s'agit de personnes indigentes pour lesquelles il faut solliciter la prise en charge des frais d'obsèques et de rapatriement aux autorités marocaines, les procédures et les instructions des dossiers d'aide sont longues et parfois même décourageantes.

Nous n'avons aucune statistique fiable sur le nombre exact des défunts pour lesquels on souhaite ou envisage un rapatriement si cela devenait possible avec l'ouverture des espaces aériens, mais il nous était déjà connu par des enquêtes antérieures que les immigrés venus d'États membres de l'Union européenne souhaitent majoritairement être enterrés en France (c'est le cas, par exemple, des deux tiers des Espagnols et des trois quarts des Italiens), tandis que les personnes originaires du continent africain préfèrent généralement être inhumées dans leur pays d'origine : près de 60 % des immigrés maghrébins et 45 % de ceux issus d'Afrique subsaharienne feraient ce choix. 68 % des Turcs inclineraient également en faveur du rapatriement de leur corps (Jacquat, Bachelay, 2013).

Les répercussions sur les funérailles musulmanes ?

S'agissant de cette même période de référence (mars-avril 2020), dans la mesure où le personnel funéraire ne pouvait pas être au contact des défunt, la communauté musulmane a dû renoncer à la toilette mortuaire. Pour la remplacer, les « officiants » proposaient des ablutions « sèches » après la mise en bière, consistant à passer une pierre au-dessus du corps, à travers la housse mortuaire hermétiquement fermée. Seules deux personnes étaient autorisées à assister à la mise en bière et à ce rituel. En outre, en raison de la fermeture des mosquées, il n'était pas possible d'y célébrer la prière des morts.

Figure 2 : Schéma des standards observés dans la tradition musulmane



Ainsi, la mort met en évidence des dysfonctionnements qui sont vécus comme autant d'agressions que de transgressions. L'agression est ressentie devant toutes les restrictions qui empêchent des célébrations ritualisées et à forte connotation et valeurs religieuses. La transgression est contenue dans ce sentiment de manquement aux derniers devoirs vis-à-vis d'un défunt ou d'une mort accompagnée hors des normes traditionnelles. Cette situation n'est pas sans rappeler une déclaration prémonitoire de Louis-Vincent Thomas, qui disait que « l'homme dans nos sociétés est privé de sa mort (...) les funérailles et les rites du deuil sont escamotés, les cadavres se font encombrants. » (Thomas, 1975).

Aligné ou rangé à l'avis du Haut Conseil de Santé Publique, le Conseil Français du Culte Musulman (CFCF, 2020) apporte dans une contribution quelques éléments de réponse en direction des populations musulmanes sur plusieurs points. Il justifie d'abord son accord avec l'avis concernant le risque de contamination encouru par le personnel funéraire. Ainsi, il déclare que :

- *S'agissant des corps des personnes décédées par suite d'une infection par Covid-19, « il faut d'emblée préciser que le protocole préconisé par le HCSP laisse très peu de place à l'intervention du personnel funéraire avant la mise en cercueil du défunt. En effet, de nombreuses manipulations, comme le port de combinaison protectrice et son retrait, nécessitent une formation et l'exécution de protocoles précis. En général le personnel de santé y est*

formé contrairement au personnel funéraire. Il faut donc prendre en compte les recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique qui sont de bon sens et ne s'opposent nullement aux dispositions du droit musulman qui, tout en respectant la dignité du défunt, donnent naturellement la priorité à la santé des vivants » (CFCM, 2020).

Dans ce même avis, le CFCM, fournit des explications et des précisions relatives à la doctrine musulmane :

- *S'agissant des ablutions (toilette mortuaire)*

Le cas du lavage mortuaire d'un défunt décédé par une maladie contagieuse a été exposé il y a quelques années avec la maladie SARS. Des savants ont répondu à ce sujet en se basant sur les principes et fondements du droit musulman dont voici quelques éléments :

- En cas d'impossibilité du lavage, on passe au versement de l'eau sur le corps. En cas d'impossibilité du versement de l'eau, il faut faire les ablutions sèches (*tayammum*).
- Certains savants considèrent que le *tayammum* n'est pas un substitut au lavage obligatoire, étant donné que le lavage est instauré pour le nettoyage et non pas pour la pureté rituelle (*tahâra*). Selon eux, le défunt peut être enterré sans lavage ni *tayammum*.
- Ainsi, si les médecins experts interdisent le contact avec le défunt, y compris pour le lavage et le *tayammum*, il est possible de prier sur le défunt directement sans lavage ni *tayammum*.
- Dans les maladies contagieuses, la nécessité de préserver les laveurs aboutit à l'exemption de l'obligation du lavage mortuaire. Mais cette exemption se restreint aux limites de ladite nécessité. Ainsi, les médecins experts définissent les limites dans lesquelles il est permis à quelqu'un de laver le défunt infecté. Il faut aussi que les laveurs soient familiers des mesures de précautions et ne les prennent pas à la légère.

- *S'agissant de la prière mortuaire (Salat Janaza)*

- La prière mortuaire pourra avoir lieu directement dans le cimetière, en respectant les consignes de sécurité et de prévention concernant les rassemblements et concernant aussi l'entretien du corps du défunt.
- La prière pourra se faire, si la situation l'exige, *sur la tombe après l'enterrement*.

-Des lieux de sépulture encore insuffisants

Si les rituels de la toilette ou de la prière ont pu supporter soit les contraintes soit les arrangements, il n'en va pas de même pour la question du lieu de la sépulture en raison de la charge affective qui lui est liée. Pourtant, il s'agit d'une revendication ancienne que cette circonstance a mis au-devant de l'actualité. En effet, au travers de trois circulaires (celle du 28 novembre 1975, du 14 février 1991 et du 19 février 2008), le ministère de l'Intérieur relève la place croissante qu'occupe la religion musulmane en France et, par conséquent, l'acuité du problème de la conciliation du mode de funérailles des défunts de confession islamique avec la législation

française applicable en la matière (La Gazette des communes, 2016). Décalées dans le temps, ces circulaires présentent des caractéristiques communes :

- elles prennent acte de la demande de plus en plus affirmée concernant les lieux d'enterrement des populations de confession musulmane ;
- elles rappellent le caractère neutre, public et laïque des lieux de sépulture ;
- elles incitent les maires à répondre favorablement à la demande de création de carrés musulmans si le besoin s'en fait sentir dans leur commune ;
- elles suggèrent des regroupements confessionnels de fait, mais sans préjudice pour le respect de la loi sur la neutralité des cimetières.

Aussi, il peut paraître paradoxal de revendiquer des lieux de sépulture et en même temps de plaider pour que le rapatriement d'un défunt dans son pays d'origine soit facilité, nous l'avons vu particulièrement pour les personnes très attachées au Maroc. Nous pensons que cette contradiction tient compte du fait que de nombreuses familles se sont définitivement qu'il s'agit là d'un dilemme que vivent bon nombre de familles partagée en permanence entre enracinement en France et attachement au pays d'origine.

De plus, les autorités religieuses justifient la possibilité pour un enterrement en France (lieu de décès) par un renvoi à une pratique du temps du Prophète d'enterrer les personnes dans la région où elles sont mortes et le plus rapidement possible (juste après la prière mortuaire). Or, dans notre pays, la France, nous avons déjà des cimetières musulmans et des carrés musulmans. Par conséquent, il est inutile et inapproprié de procéder au rapatriement du corps dans le pays d'origine, notamment dans ce cas précis de pandémie et au vu des difficultés occasionnées.

Cependant, la France ne compte encore aujourd'hui que quelques 300 « carrés musulmans » dans les cimetières communaux de l'hexagone, qui sont au nombre de 35 000. Ces carrés ne sont qu'une « largesse » ou « un arrangement de fait » concédé aux populations de confession musulmane ; ils sont sans fondement juridique parce qu'incompatibles avec la neutralité des lieux d'enterrement qui ne peuvent pas être confessionnels. Ce caractère dérogatoire, qui ne repose que sur des circulaires du ministère de l'Intérieur et des Cultes (CFCM, 2020), laisse ainsi toute latitude aux maires des communes de l'accepter ou non. En ce sens, le Conseil français du culte musulman a demandé dans un communiqué de « ne pas ajouter à la douleur des familles, la souffrance de ne pas pouvoir honorer leurs morts et s'adressant aux maires des communes, il leur demandait qu'ils prennent leurs responsabilités face à la souffrance et à la douleur de ces familles qui ont perdu un être cher et qui se trouvent en grande difficulté pour inhumer leurs défunt ».

Cette question n'avait pas échappé à l'intérêt de la mission d'information concernant la situation des personnes âgées immigrées dès 2013 (Jacquat, Bachelay, 2013). Ainsi, le rapporteur de la mission, le député Alexis Bachelay, avait plaidé dans le rapport final pour : « la publication d'une nouvelle circulaire du ministre de l'Intérieur, ayant pour objet de réaffirmer et de compléter les circulaires de 1975, 1991 et 2008. Il s'agirait de rappeler aux maires, qui assurent

en application des articles L. 2213-8 et suivants du Code général des collectivités territoriales, la police des funérailles et des cimetières, la nécessité de créer des regroupements confessionnels de fait en nombre suffisant après avoir procédé à l'évaluation des besoins à l'échelle des communes ou des intercommunalités ». (*idem*).

Avoir une sépulture ou donner une sépulture à un proche de confession musulmane, peut être considéré comme un indice d'enracinement, cependant il faut souligner la fragilité juridique qui l'accompagne en l'absence d'une loi encore impossible parce qu'elle supposerait la refonte du principe de séparation de l'Église et de l'Etat. Quoiqu'indirectement, cette fragilité juridique s'ajoute à des considérations sociales, familiales et intimes qui expliquent aujourd'hui encore la part très importante des rapatriements des dépouilles des défunt vers les pays d'origine.

Dans le prolongement de cette question du lieu de sépulture en France, un autre souci et une autre appréhension demeurent entiers et font question. Il s'agit de la question des sépultures en déshérence, de la reprise des concessions lorsqu'elles arrivent à terme et ne sont pas renouvelées, et celle du devenir des restes des défunt. Une mission confiée aux sénateurs Jean-Pierre Sueur et Jean-René Lecerf a donné lieu à un rapport qui revient sur ce point sensible concernant les musulmans enterrés dans des « carrés » en France (Sueur, Lecerf, 2005-2006).

En effet, la question épineuse de la reprise des concessions, qui constitue une inquiétude majeure, demeure entièrement posée quant au devenir des restes des corps. Si les auteurs du rapport considèrent que la reprise des concessions en déshérence ou non renouvelées est une nécessité, ils préconisent que les communes doivent garantir le droit, pour toute personne qui le souhaite, que ses restes ne donnent jamais lieu à crémation, ce qui implique la création de deux ossuaires (Article L2223-4 du code général des collectivités territoriales). Cet élément est tout aussi fort comme inquiétude et comme appréhension que le souhait d'un repos éternel dans un Carré confessionnel. (Sueur, Lecerf, 2005-2006).

-Quel deuil pour quel apaisement ?

Meurt toujours mal qui meurt loin de sa terre natale, loin de ses origines, loin de sa culture et en l'absence de ces rituels qui posent le mort ou la mort dans son univers et facilitent surtout le retour à la vie. En cette période d'épidémie jugée à l'aune des différentes décisions prises concernant la mort, et en raison des contraintes imposées pour accompagner les morts, il est manifeste que les familles ou les proches qui ont perdu quelqu'un n'ont pas pu ni entamer, ni faire correctement le deuil de sa disparition. Il y avait dans le vécu de ces instant toutes les conditions pour un deuil traumatique (Bacqué, 2020)

On a assisté en ce sens à l'émergence d'expressions qui témoignent de ce manque (Châtel, Hébel, Mathé) : on parle de « deuil frustré » ou de « deuil empêché ». Ces expressions témoignent du fait que la mort est un processus complexe qui ne s'arrête ni ne s'achève par la seule mise en terre, mais qu'il englobe nécessairement l'apaisement des vivants. Celui-ci est un processus qui repose lui aussi sur des éléments propres. Or, force est de constater que dans le contexte de cette pandémie, les éléments constitutifs d'un deuil réussi ont été perturbés, entamés, modifiés, voire interdits, et la chaîne du funéraire a été profondément affectée.

La reprise ou l'analyse méthodique de chacun des éléments constitutifs du deuil, à la lumière des restrictions imposées par cette pandémie, montre clairement l'intensité d'une souffrance intime qui a été infligée à ceux qui ont perdu des proches et dont ceux-ci se remettront (ou non) un jour avec tout un travail qui restera à faire :

- les personnes endeuillées ont été dans *l'impossibilité d'accompagner le proche décédé de la Covid-19 dans ses derniers instants*, en raison des risques de contamination, ce qui a occasionné dans bon nombre de cas une mort solitaire ;
- *ces personnes n'ont pas pu voir le corps du défunt, mis en bière immédiatement* en raison de règles sanitaires strictes, ce qui a rendu la mort et le mort invisibles.
- *les funérailles, comme acte social et hommage adressé au défunt*, ont été largement perturbées dans leur fonctionnement, interdits puis limitées à quelques personnes.
- *les règles strictes de distanciation physique pendant et après les funérailles*, associées au confinement, ont empêché les réunions, n'ont pas permis aux personnes endeuillées de se témoigner des gestes d'affection, des embrassades, ou même de s'apporter le soutien nécessaire dans cette situation difficile.

Chaque civilisation imprime ses propres marques à la mort dans une continuité sociale, culturelle et religieuse qui opèrent par ailleurs comme des référents identitaires incontournables et atemporels. Malheureusement « *Notre société découvre une difficulté déjà malheureusement expérimentée au XXème siècle (...) une mort réduite à des données chiffrées, des défunts privés d'accompagnement social, un processus du deuil malmené par la brutalité de l'épidémie et des contraintes sanitaires* ».

Conclusion

Ce texte est probablement une première esquisse de l'impact de l'épidémie sur les personnes âgées immigrées avec ses limites dictées par le climat que l'épidémie a imposé en France. Son choix de centrer le regard sur une population vulnérable et fragile, sur ses conditions de vie, sur ses attentes, sur ses angoisses n'avait qu'un seul objectif : la rendre visible. Telle démarche que nous entreprenons par ailleurs depuis longtemps pour rendre compte de ce que nous appelons « la vieillesse malheureuse » de ceux et celles qui sont souvent en attente de plus d'attention, plus de prise en compte de leurs problèmes et autant de solutions appropriées pour leur faciliter la vie dans leur vieux jour.

Si la gestion de la pandémie a imposé des règles générales dictées par l'urgence et devant la gravité du moment, nous pensons que dans le cas précis des populations âgées immigrées des foyers, certaines mesures auraient pu être appliquées de manière plus appropriée si le cadre de vie de cette population s'y prêtait plus favorablement et si des moyens conséquents ont été mis en place dès les premières alertes pour accompagner cette population.

Par ailleurs, la brutalité ressentie par les mesures concernant la mort, sa gestion et sa célébration est la traduction de ce rapport compliqué qu'entretien la société à la mort. Il a été beaucoup plus question du mourir et d'une mort à éloigner en toute urgence, que des morts eux-mêmes et des familles endeuillées. Or les gens

réclamaient de pouvoir s'aquitter de ces instants selon leurs convictions et selon des pratiques sociales et religieuses très enracinées dans leur comportement. Il va de soi aussi que la question des lieux de sépulture restera entièrement posée et d'actualité aussi longtemps qu'elle ne sera traitée qu'indirectement par des circulaires sans force juridique.

Bibliographie

- Bacqué M.-F., (2020), « La mort réduite à une donnée...l'épidémie de Covid-19 peut-elle modifier les représentations de la mort en France ? » pp. 535-543, Pandémie 2020, Ethique, société et politique, Edition du Cerf 2020, 870p.
- CFCM. (2020), « N'ajoutons pas à la douleur des familles, la souffrance de ne pas pouvoir honorer leurs morts », Communiqué du 13 avril 2020.
- Châtel T., Hébel P., Mathé Th. (2016), « Les Français face au deuil », enquête quantitative et qualitative dans le cadre de l'enquête, *Les Français et les obsèques*, CSNAF-CREDOC, 2016.
- Conseil Français du Culte Musulman (2020). *Avis relatif à la prise en charge du corps d'un patient décédé infecté par le coronavirus (Covid-19)* Paris, 17 mars 2020.
- Jacquat D., Rapporteur M. Bachelay A., (2013), *Rapport d'information au nom de la mission d'information sur les immigrés âgés*, juillet 2013.
- La Gazette des communes (2016), *Carrés confessionnels : une gestion bien délicate, analyse juridique*, 31/10/2016.
- OMS, (2020). *Conduite à tenir en matière de lutte anti-infectieuse pour la prise en charge sécurisée du corps d'une personne décédée dans le contexte de la Covid-19*. Orientations provisoires du 24 mars 2020.
- Pittet D., Boone L., Moulin A.-M., Briet R. (2020), *Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise du Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques. Rapport d'étape*. Remis en décembre 2020.
- Samaoli O. (1998), « Esquisse autour des derniers moments de la vie et leur accompagnement, Le troisième âge de l'immigration », Ecarts d'identité, n°87.
- Sueur J.-P. Lecerf J.-R. (2005-2006)., Rapport d'information fait au nom de la Commission des Lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale (1) par la mission d'information (2) sur le bilan et les perspectives de la législation funéraire. n° 372 (2005-2006).
- Thomas L.V. (1975), *Anthropologie de la mort*, Editions Payot, bibliothèque scientifique, 1975,540p
- UNAFO (2020), *Note en date du 30 mars 2020 de l'Union Professionnelle du Logement Accompagné*.
- Verdier-Taillefer MH, Gourlet V., Fuhrer R., Alpérovitch A. (2021), Neuroepidemiology, Psychometric properties of the Center for Epidemiologic Studies-Depression scale in multiple sclerosis. *Neuroepidemiology* 2001;20(4):262-7.