

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix-Travail-Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTES DES ARTS LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET
EDUCATIVES



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS LETTERS AND
SOCIAL SCIENCES

POST GRADUATE SCHOOL
FOR SOCIAL AND
EDUCATIONAL SCIENCES

**ANALYSE CLINIQUE DU RETENTISSEMENT
PSYCHOLOGIQUE DE LA GESTION DES DEPOUILLES
MORTELLLES COVID-19 CHEZ LES MEMBRES DES
FAMILLES : *cas de Yaoundé - Cameroun***

*Mémoire rédigé en vue de l'obtention du diplôme de Master en psychologie : option
psychopathologie et clinique*

Par :

Jordane Christelle BONKOUA FEUMBA

Licenciée en psychologie

Sous la direction de :

Madame Evelyne AMANA

Maître de Conférences



Mai 2022

SOMMAIRE

DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES FIGURES	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	vi
LISTE DES ANNEXES.....	vii
RÉSUMÉ.....	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PREMIERE PARTIE :	13
CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	13
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	4
CHAPITRE 2 : LES DIFFERENTES APPROCHES DU SUJET	17
CHAPITRE 3: FONDEMENTS THEORIQUES DE L'ETUDE	48
PARTIE II : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE	84
CHAPITRE 4 : APPROCHE METHODOLOGIQUE.....	85
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES.....	106
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION, DISCUSSION DES RESULTATS ET PERSPECTIVES	120
CONCLUSION GENERALE.....	132
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	132
ANNEXES	132
TABLE DE MATIERES.....	132

À mon père,
sa majesté **FEUMBA Joseph**

REMERCIEMENTS

L'accomplissement de ce travail a connu le soutien de plusieurs personnes. Cette page nous est donnée pour adresser à chacune d'elle nos sincères remerciements.

Nous adressons notre gratitude à :

- notre directeur de mémoire Pr AMANA Evelyne pour sa disponibilité, sa promptitude durant les corrections, sa rigueur et surtout son sens aigu du travail ;
- notre chef de département le Pr Chandel EBALE MONEZE, pour tous les documents qu'il a bien voulu viser dans le cadre de l'évolution et de l'accomplissement de notre travail ;
- tous les enseignants du département de psychologie, pour la formation qu'ils nous ont donné tout au long de notre parcours académique ;
- Dr ONAMBELE Paul médecin ancien chef du SSDN qui n'a lésiné sur aucun moyen pour nous encadrer durant notre stage, et qui nous a fourni toutes les informations nécessaires pour la bonne évolution de notre travail de recherche ;
- monsieur Messy David pour sa disponibilité à nous expliquer l'organigramme du SSDN ;
- tous les participants qui ont donné de leur temps personnel pour participer à cette recherche. Votre générosité et votre confiance en nous, ainsi que votre ouverture à partager avec nous votre vécu personnel furent grandement appréciées car sans votre apport, ce travail n'aurait pas été achevé ;
- la communauté des Filles des Sacrés Cœurs de Jésus et de Marie pour l'espace de travail qu'elle a mis à notre disposition tout au long de la réalisation de ce travail de recherche ;
- ma famille pour le soutien inconditionnel ;
- tous nos amis et camarades de promotion qui nous ont soutenu et accompagné d'une manière particulière ALAKOU Éric, BEYALA Olga, BOUOPDI NANA, FEUKOUO TALLA, FEUMI TOMI, OUAHOUE Angéline, TCHATAT Wilfried nous leur témoignons notre reconnaissance.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Tableau récapitulatif de l'hypothèse de travail, thèmes, sous-thèmes et indices ..	87
Tableau 2 : caractéristique des participants.....	97

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : <i>modèle en cinq étapes de Kübler-Ross</i>	75
Figure 2 : <i>schéma des oscillations</i>	76

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

COVID-19 : Coronavirus-19

CMA : Centre Médical d'Arrondissement

DPM-R : Dual Process Model-Revised

FENASSCO : Fédération Nationale des Sports Scolaires du Cameroun

FOSA : Formations Sanitaires

MINSANTE : Ministère de la Santé Publique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SSDN : Service de Santé du District de Nkolndongo

WASH : Water Sanitation Hygiene

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Attestation de recherche	x
ANNEXE 2 : Consentement libre et éclairé de P.1	xi
ANNEXE 3: Consentement libre et éclairé de P.2	xii
ANNEXE 4 : Consentement libre et éclairé de P.3	xiii
ANNEXE 5 : Guide d’entretien	xiv
ANNEXE 6 : Echelle PDI de P.1	xv
ANNEXE 7 : Echelle PDI de P.2	xvi
ANNEXE 8 : Échelle PDI de P.3	xvii
ANNEXE 9 : Illustration du traitement des dépouilles de COVID 19	xviii
ANNEXE 10 : Illustration de l’inhumation des dépouilles de COVID 19	xix

RÉSUMÉ

Cette étude intitulée : *Analyse clinique du retentissement psychologique de la gestion des dépouilles mortelles COVID-19 chez les membres des familles : cas de Yaoundé – Cameroun*, part du fait que la COVID-19 est une nouvelle maladie élevée au rang de pandémie par l'OMS à cause du grand nombre de décès qu'elle a causé en peu de temps. En plus de cela, la vitesse de contagion et de propagation de cette maladie, va pousser les états du monde entier sous la houlette de l'OMS, à prendre des dispositions strictes et sans ambages dans le cadre des inhumations. Certains chercheurs abordent cette question sous le prisme du deuil compliqué sans toutefois prendre en considération le retentissement psychologique qui découle du traitement des dépouilles covid-19 chez les membres des familles en y adjoignant l'aspect ethnopsychanalytique. Selon cette approche, les éléments culturels jouent un rôle important dans le psychique d'un individu. Alors, cette étude pose le problème du traumatisme dû au traitement des dépouilles COVID-19 chez les membres des familles. De là, découle la question de recherche suivante : quel est le retentissement psychologique du traitement des dépouilles COVID-19 chez les membres des familles ? En guise de réponse à cette question, nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle le mauvais traitement des dépouilles COVID-19 entraîne le traumatisme chez les membres des familles. Ainsi notre objectif est d'analyser et de comprendre comment le traitement des dépouilles COVID-19 entraîne le retentissement psychologique chez les membres des familles. De ce fait, nous avons fait recours à la méthode clinique. Les données ont été collectées par le biais des entretiens semi-directifs et la passation d'une échelle péritraumatique auprès de 03 participants tous ayant perdu un être cher des suites de COVID-19. Lesdites données ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu. Les résultats font ressortir des émotions désagréables (pleurs, colère, rage) et des souvenirs amers d'inhumations. Face à tout cela, les participants sont restés impuissants malgré le recours à certaines négociations. Ce qui développe en eux soit le traumatisme de type II qui est pour Terr (1991), la tentative de répétitions/la répétition d'un événement traumatique ou le traumatisme direct lorsque la victime a été confrontée au chaos, à un sentiment de mort imminente ou d'horreur Josse (2007, p.11). Pour d'autres aussi, ils peuvent plus tard développer un Etat de Stress Post-Traumatique. Ces résultats ont été interprétés à partir des théories et l'échelle Peritraumatic Distress Inventory ce qui confère à notre hypothèse de départ une pertinence clinique.

Mots clés : Deuil, COVID-19, traumatisme, traitement des dépouilles.

ABSTRACT

This study entitled: Clinical analysis of the psychological impact of the management of covid-19 mortal remains in family members: case of Yaoundé - Cameroon, starts from the fact that COVID-19 is a new disease raised to the rank of pandemic by the WHO because of the large number of deaths it caused in a short time. In addition to this, the speed of contagion and spread of this disease will push states around the world, under the leadership of the WHO, to take strict and unambiguous arrangements for burials. Some researchers approach this question through the prism of complicated mourning without however taking into consideration the psychological impact that results from the treatment of covid-19 remains on family members by adding the ethnopschoanalytic aspect. According to this approach, cultural elements play an important role in the psyche of an individual. Therefore, this study raises the issue of trauma due to the treatment of COVID-19 remains in family members. From this, the following research question arises: what is the psychological impact of the treatment of COVID-19 remains on family members? As an answer to this question, we hypothesized that the mishandling of COVID-19 remains leads to trauma in family members. Thus, our objective is to analyze and understand how the treatment of COVID-19 remains has a psychological impact on family members. Therefore, we resorted to the clinical method. The data was collected through semi-structured interviews and the passing of a peritraumatic scale with 03 participants, all of whom had lost a loved one because of COVID-19. These data were subject to thematic content analysis. The results bring out unpleasant emotions (crying, anger, rage) and bitter memories of burials. Faced with all this, the participants remained powerless despite resorting to certain negotiations. What develops in them either the type II trauma which is for Terr (1991), the attempt to repeat/repeat a traumatic event or the direct trauma when the victim has been confronted with chaos, with a feeling of impending death or horror Josse (2007, p.11). For others too, they may later develop a Post-Traumatic Stress Disorder. These results were interpreted from theories and the Peritraumatic Distress Inventory scale, which gives our initial hypothesis clinical relevance.

Keywords: Mourning, COVID-19, trauma, treatment of remains.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Durant les deux dernières années, le monde entier fut déstabilisé en raison de la pandémie du coronavirus (COVID-19). La COVID-19 est une maladie infectieuse respiratoire pouvant être mortelle chez les patients fragilisés par l'âge ou une autre maladie chronique. Elle s'est répandue dans le monde et a bouleversé la vie quotidienne et les routines, car la majorité de la population devait rester à la maison, travailler à distance, et respecter la distanciation sociale avec les autres. Ces changements sociétaux substantiels risquaient de générer de la peur, de l'incertitude et de l'anxiété face à cette situation inconnue (Wallace et al., 2020). De surcroît, pendant ces temps difficiles, la mort n'a cessé de survenir. Et en raison de la pandémie, il n'était plus permis d'avoir des rituels funéraires ou des rassemblements familiaux. Dans de tels contextes, où la perte d'un être cher peut déjà ébranler le quotidien et être un processus pénible pour tout être humain, le deuil peut être particulièrement difficile.

Au Cameroun, le contexte sanitaire a également apporté de grosses modifications sur plusieurs plans notamment éducatifs avec l'arrêt des cours en présentiel, économique concernant la fermeture des frontières limitant ainsi l'importation et l'exportation des produits, socioculturels avec la distanciation sociale et surtout la suspension des rites funéraires pour ne citer que ceux-là. Fort de ce dernier constat, les familles vont observer une confiscation de leurs dépouilles par les personnels de santé suivie des inhumations, sans l'accomplissement d'aucun rite funéraire usuel. Cependant, tout ceci a généré des problèmes allant du fait de cacher les malades (de peur de ne pas disposer du cadavre en cas de décès), à la violence contre les personnels de santé et aux tentatives d'exhumer les corps, tout ceci par les familles.

A la lumière de ces faits, plusieurs auteurs (Timtchueng et al. 2020 ; Julie et al. 2021 ; Paul et al. 2021) rendent compte pour les uns, des risques et bénéfices de laisser les familles enterrer leurs proches, et suggère des solutions pour assurer une gestion des corps qui concilie sécurité pour la santé publique, et dignité pour les familles et leurs coutumes ; et pour les autres, le traumatisme et la résilience des sujets faces à la pandémie de covid-19 ainsi qu'aux restrictions dû à celle-ci. Grosso modo, ils font état de ce que la pandémie a entraîné chez les sujets une souffrance psychique d'une manière ou d'une autre.

Bien que des travaux touchant à la problématique du deuil en général et à celui lié à la COVID-19 en particulier ont été mener par plusieurs autres auteurs, le constat fait état de ce que la question du deuil en période de covid-19 a encore beaucoup de brèches inexploitées c'est la raison pour laquelle nous nous sommes intéressés à un pan de la question qui nous a amené à formuler notre sujet de recherche comme suit : *Analyse clinique du retentissement psychologique de la gestion des dépouilles mortelles COVID-19 sur les membres des familles : cas de Yaoundé – Cameroun.*

Pour ainsi comprendre le retentissement psychologique chez les membres des familles, et mener empiriquement et objectivement cette recherche, il est important de se poser la question de savoir : *quel est le retentissement psychologique du traitement des dépouilles COVID-19 chez les membres des familles ?* Répondre à cette question nous amène à nous fixer pour but majeur, comment l'analyse et la compréhension du traitement des dépouilles COVID-19 entraîne le retentissement psychologique chez les membres des familles.

A cet effet, pour atteindre l'objectif formulé, il sera judicieux de subdiviser ce travail en deux grande parties ayant chacune trois chapitres : la première partie intitulée cadre théorique comprend le premier chapitre (problématique de l'étude), qui consistera à présenter le contexte et la justification de l'étude ; position et formulation du problème ; la question de recherche ; les objectifs de recherche ; intérêts et délimitation de l'étude. Le deuxième chapitre (les différentes approches du sujet) présentera les approches des disciplines connexes telles que l'anthropologie, la socio-philosophie et la psychanalyse dans le but d'avoir des informations des autres disciplines sur la problématique. Et le troisième chapitre (Fondements théoriques de l'étude) s'attèlera sur la définition des principaux concepts relatifs à la question de recherche ; présenter la littérature existante à ce sujet ainsi que les théories explicatives. La deuxième partie quant à elle traite du cadre méthodologique et opératoire. Elle comprend le quatrième chapitre (méthodologie de l'étude), celui-ci expliquera la méthodologie utilisée pour collecter les données qui seront présentées et analysées au chapitre cinquième. Le sixième chapitre enfin servira non seulement à l'interprétation et la discussion des résultats obtenus à partir d'un rappel théorique, mais aussi à faire des suggestions et donner des perspectives pour des prochaines productions.

PREMIÈRE PARTIE CADRE THÉORIQUE DE

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

Dans le cadre de la recherche en sciences humaines et sociales, la problématique se définit comme vecteur de connaissances, ou comme le souligne Bouchard (2000, p.61), une assise au positionnement d'une recherche scientifique donnée en desdites sciences. Plusieurs définitions sont donc enregistrées suite aux travaux de nombreux chercheurs. A travers les ouvrages en méthodologie des sciences humaines et sociales, nous allons noter quelques-unes de ces définitions pour étayer notre argumentaire.

Guidère (2004), définit la problématique comme reformulation d'une question centrale concernant ce qui pose dans le sujet traité, qui est construite autour d'hypothèse de recherche permettant de saisir les enjeux et la portée de la question pour le domaine concerné.

Lawrence, Bédard et Ferron (2005 : 24), disent de la problématique qu'elle est la recherche de ce qui pose problème. Quant à Bouchard (2000), il précise que la problématique consiste essentiellement en la sélection, la mise en ordre par le chercheur et ce, selon ses perspectives propres, des éléments qui composeront le territoire de questionnement auquel s'adressera la recherche.

Ces définitions orientent d'ors et déjà le travail que nous devons faire ressortir dans cette première partie notamment ;

- La formulation de la question de recherche dans le cadre de cette étude
- La position du problème

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

Les coronavirus sont une grande famille de virus, qui provoquent des maladies tant chez l'homme que chez les animaux allant d'un simple rhume à des pathologies plus sévères comme le MERS (Syndrome Respiratoire du Moyen Orient) ou le SRAS (Syndrome Respiratoire Aigu Sévère). L'infection à coronavirus (covid-19) est une maladie nouvelle, provoquée par un virus qui n'avais jamais été vu chez l'être humain et qui a fait son apparition à Wuhan en chine, en

décembre 2019. Suite à cela l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a dans un premier temps alerté le République Populaire de Chine et ses états membres et plus tard en janvier 2020 prononcé l'état d'urgence de santé publique de portée internationale.

Nonobstant les mesures prises pour éradiquer la pandémie, la covid-19 s'est propagée dans toute l'Asie, l'Europe, l'Amérique et l'Afrique et dès lors a constitué un grave problème de santé publique bouleversant ainsi le cours de la vie sur les plans à la fois socio-économiques, éducatifs, psychologiques... raison pour laquelle le 11 mars 2020 l'OMS l'a déclaré pandémie en préconisant de renforcer les mesures essentielles.

En effet, depuis plus d'un siècle, le monde n'a pas connu pareille situation sinon la pandémie de la grippe espagnole qui avait également eu une incidence plus ou moins similaire que celle de la covid -19. Elle a de ce fait révélé les limites de santé mondiaux dans la prévision des urgences de santé publique ; ainsi que les dysfonctionnements au sein des structures de la santé au niveau planétaire.

En Italie, Deluzarche (2020, p. 11), affirme que le virus aurait pu circuler sans avoir été identifié bien des mois avant. C'est le 20 février 2020 qu'a été déclaré de manière officielle le premier cas en Lombardie au Nord de l'Italie. Un patient de 38 ans admis à l'hôpital de Codogno, sans antécédent de voyage ni de contact avec des personnes infectées. Les chercheurs italiens ont analysé près de 6000 cas connus avec pour objectif caractérisé l'évolution de l'épidémie dans le pays. En collectant les antécédents démographiques de ces malades, les dates d'apparition des symptômes, leurs caractéristiques cliniques et leurs contacts, les chercheurs ont estimé que l'épidémie avait commencé dans la région bien avant le 20 février 2020.

En France, l'apparition des premiers cas étaient un commercial agricole revenues de chine hospitalisé à Bordeaux. A sa suite, un enseignant décède sans s'être rendu dans une zone à risque après découverte de son infection. C'est alors un rassemblement de plus de 2500 personnes durant 4 jours en février 2020 à Mulhouse en Alsace qui a contribué à contaminer les participants ainsi que de nombreuses personnes dans le pays causant le décès des milliers de personnes.

Au Cameroun, le site officiel du MINSANTE (<https://minsante.cm>) annonce le premier cas covid-19 le 6 mars 2020. Il s'agissait d'un ressortissant français âgé de 58 ans, arrivé à Yaoundé le 24 février. Quelques temps après, s'en est suivi d'autres cas de contaminations sur le territoire national et dans le monde c'est ainsi que le gouvernement camerounais a mis sur

piéd sous instruction du chef de l'Etat le 17 mars 2020 une stratégie de riposte face à la pandémie ; celle-ci ne se récapitule en 13 points :

- les frontières terrestres, aériennes et maritimes du Cameroun seront fermées : tous les vols passagers en provenance de l'étranger sont suspendus, à l'exception des vols cargos et des navires transportant les produits de consommation courante ainsi que les biens et matériels essentiels, dont les temps d'escale seront limités et encadrés ; les camerounais désireux de retourner dans leur pays devront prendre l'attache de nos différentes représentations diplomatiques ;
- la délivrance des visas d'entrée au Cameroun aux différents aéroports est suspendue ;
- tous les établissements publics et privés de formation relevant des différents ordres d'enseignement, de la maternelle au supérieur, y compris les centres de formation professionnelle et les grandes écoles seront fermés ;
- les rassemblements de plus de cinquante (50) personnes sont interdits sur toute l'étendue du territoire national ;
- les compétitions scolaires et universitaires sont reportées, à l'instar des jeux FENASSCO et des jeux universitaires ;
- les débits de boissons, les restaurants et les lieux de loisirs seront systématiquement fermés à partir de 18 heures, sous le contrôle des autorités administratives ;
- un système de régulation des flux des consommateurs sera instauré dans les marchés et les centres commerciaux ;
- les déplacements urbains et interurbains ne devront s'effectuer qu'en cas d'extrême nécessité ;
- les conducteurs de bus, de taxis et de mototaxis sont invités à éviter des surcharges dans les transports publics : les forces de maintien de l'ordre y veilleront particulièrement ;
- les formations sanitaires privées, les hôtels et autres lieux d'hébergement, les véhicules ainsi que les équipements spécifiques nécessaires à la mise en œuvre du plan de riposte contre la pandémie du COVID-19 au Cameroun pourront être réquisitionnés en tant que de besoin, à la diligence des autorités compétentes ;
- les administrations publiques devront privilégier les moyens de communications électroniques et les outils numériques pour les réunions susceptibles de regrouper plus de dix (10) personnes ;
- les missions à l'étranger des membres du Gouvernement et des agents du secteur public et parapublic sont suspendues ;

- les populations sont invitées à observer strictement les mesures d'hygiène recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé, à savoir notamment se laver régulièrement les mains au savon, éviter des contacts rapprochés tels que se serrer les mains ou s'embrasser, se couvrir la bouche pour éternuer.

Bien que ces mesures ont été publiés, la contamination n'a guère cessée et le nombre de cas augmente au jour le jour, causant des dizaines, des centaines voire des milliers de familles endeuillées.

Suite à ces mesures, la gestion des dépouilles des personnes décédées de la COVID-19 n'était énoncée nulle part dans le document publié après ladite déclaration spéciale, on va observer d'après l'ordre des avocats au barreau du Cameroun (2020), une confiscation des dites dépouilles aux familles pour être inhumées dans des cimetières publics sans l'accomplissement d'aucun rite funéraire usuel. C'est le 23 avril 2020 que, par un autre communiqué, le Premier Ministre a instruit le ministre de l'Administration Territoriale, en relation avec le ministre de la Santé Publique, «*de s'assurer que les personnes décédées des suites du coronavirus soient inhumées dans leurs localités de décès* » Fouda, (2020, p.2).

L'interprétation littérale de ce communiqué commandait simplement que l'on ne permette aucun transfert interurbain des dépouilles et que la mise en terre se fasse sans délai, contrairement à la coutume de conserver les corps à la morgue pendant un ou plusieurs jours. Cependant, tout ceci a généré des problèmes allant du fait de cacher les malades (de peur de ne pas disposer du cadavre en cas de décès), à la violence contre le personnel de santé et aux tentatives d'exhumer les corps, tout ceci par les familles.

Le statut juridique coutumier des morts en Afrique rappelle que le statut du cadavre diffère selon que l'on se situe sous le prisme du droit civil hérité de la France ou sous une optique de droit coutumier. En France, on considère que « *le cadavre n'est pas une personne, ni en survie, ni en continuation de sa propre personne de défunt* » Feunouillet, (2012, p. 8). Pour la doctrine majoritaire, la dépouille mortelle est clairement une chose Touzeil-Divina & Bouteille-Brigant, (2015, p. 21), même si la loi du 19 décembre 2008 lui reconnaît, pour un temps, les attributs d'une personne. Pour Cayol, (2011, p. 117), la chosification de la dépouille mortelle a pour conséquence d'en faire un objet de peu d'égards, même s'il mérite respect. Quoique la catégorisation du cadavre en chose ne fasse pas l'unanimité Touzeil-Divina & Bouteille-Brigant, (2015, p. 29), elle se fonde notamment sur l'idée qu'en droit civil, la personnalité juridique qui confère aux êtres humains leur qualité de sujet de droit commence à

la naissance et s'achève avec la mort, faisant passer le défunt du statut de personne à celui de chose.

Par contre en Afrique et au Cameroun, la mort n'est pas vue comme la cessation de la vie, mais comme une simple mutation, un changement de monde. La cosmogonie africaine conçoit le monde sous une double dimension: le monde visible, celui des vivants; et le monde invisible, domaine des morts et des entités célestes Molet, (1966 : 16); la mort ici n'existe pas. C'est dans cet esprit qu'il faut comprendre le propos de Roger Kuipou (2015 : 93) lorsqu'il écrit qu'« *au moment du décès, on dit que le père s'est assoupi ou bien, qu'il s'est endormi. Pendant la période de deuil et jusqu'aux funérailles, on parlera de lui comme de celui qui dort là-bas ou bien celui qui est couché là-bas* ». Selon Lévi-Strauss, (1963 : 395) La métaphysique négro-africaine, bâtie sur le culte de la vie, de la force et de la richesse ontologique, mise au service de la création du droit milite en faveur de l'élaboration d'un statut juridique spécifique au cadavre en tant qu'il demeure un homme Loiseau, (2009 :25). La catégorie de « *personne défunte* » ou de « *personne décédée* » proposée par d'habiles juristes français cité par Touzeil-Divina & Bouteille-Brigant, (2015 : 29) semble mieux adaptée aux morts en Afrique. Demeurant des personnes, selon Timtchueng, (2015, p.3) les morts mériteraient donc de bénéficier des égards comparables à ceux que l'on accorde à ceux qui sont encore en vie, au moins jusqu'à la désignation de l'héritier coutumier, continuateur de la personne du de cujus. Dans cet esprit, les dépouilles mortelles devraient au minimum être traitées comme des personnes en état d'incapacité qui, à défaut d'exprimer elles-mêmes une volonté efficace, agissent par l'entremise d'un représentant choisi parmi les membres de la famille. Lorsqu'un proche décède, il est important que les amis et la famille puissent partager des histoires et des souvenirs de la personne. En raison de la pandémie de la COVID-19, la distanciation sociale, les recommandations de « Restez chez vous » et les limites des rassemblements ont affecté la capacité des amis et de la famille à se réunir et à pleurer de manière typique. Au Cameroun, la mesure prescrivant l'inhumation immédiate des dépouilles victimes de la COVID-19 passe mal dans l'opinion publique ; les familles ne s'y soumettent que très péniblement. Certaines n'hésitent pas à recourir à la violence pour essayer de récupérer à tout prix la dépouille du leur, aux fins de l'inhumer elles-mêmes comme d'usage. La confiscation des dépouilles est vécue comme « un drame psychologique redoutable », dans la mesure où « *chez les Africains, la famille a besoin de faire son deuil avec le corps du défunt. De ce fait, lorsque les dépouilles ne sont pas remises aux familles, les gens auront du mal à faire leur deuil, surtout si ces gens ne savent pas comment des dépouilles ont été inhumées* » la Croix Africa, (2020).

Fort de ce constat, Lassale, (2021, p.2) affirme que, bon nombre de familles endeuillées ont dû suspendre leur deuil sans avoir pu l'amorcer réellement. Celui-ci ayant déjà travaillé en unité de soins palliatifs, souligne que le deuil appelle des rituels enracinés dans le temps pour le surmonter et lorsqu'il n'est pas marqué rapidement par un rituel, le deuil est absent, sinon différé. Citant (Céline Lafontaine, 2021), il précise que dans une société qu'on dit « post mortelle », une culture qui occulte trop souvent la mort, ce facteur culturel amplifie le phénomène du deuil reporté. Alors, il se produit une sorte de sidération ou d'indifférence involontaire qui laisse les familles endeuillées souvent dans une posture de déni de la mort. Cela exige un accompagnement professionnel et interdisciplinaire solide afin d'éviter qu'un jour ou l'autre ces familles souffrent trop ; car il estime qu'un simple élément de la vie, comme un souvenir ou une image, peut précipiter le deuil. « Il faut alors que notre société soit dotée de ressources nécessaires pour faire face à cette terrible réalité. »

Selon Lasalle (2021, paragh. 5) les mesures barrières ont grandement atténué la possibilité, pour les proches « de se préparer à la mort, de pouvoir remercier la personne, de lui dire au revoir et d'apaiser la relation », une étape qui permet de mieux vivre son deuil. « Et normalement les rituels funéraires qui ont été extrêmement limités depuis le début de la pandémie permettent de marquer le décès, de réaliser que la personne est morte et aussi d'avoir le soutien de la communauté, d'honorer la mémoire du défunt... ne pas pouvoir se réunir est dur pour les endeuillés ».

Au vue de ce qui précède, Grégory (2021, p.6), affirme que « *pour bien saisir tous les enjeux, particulièrement ceux de santé mentale, il est capital de voir les effets à long terme... on a le projet de comprendre les processus et adaptations des populations pendant mais aussi après la pandémie...* ». C'est dans ce contexte que nous nous sommes proposé de faire une analyse clinique du retentissement psychologique du traitement des dépouilles covid-19 sur les membres des familles.

1.1 Position du problème

Selon Larousse (2020), le problème est une question à résoudre par un raisonnement scientifique et constituant un exercice.

Nkoum (2010, p.70) définit le problème comme un questionnement ou une situation à explorer. Il souligne à cet effet qu'un problème n'est pas synonyme de difficulté ou de conflit, tel que ce mot est communément utilisé. C'est au contraire une situation à explorer, c'est-à-dire, une situation étudiée dans le cadre d'une recherche.

Cette étude pose le problème du retentissement psychologique dû au traitement des dépouilles covid-19. La disparition d'un proche bouleverse la vie psychique de l'individu qui vient de perdre l'être cher. Cet ébranlement a des incidences sur la vie de la personne et toutes ces répercussions, entraînent une souffrance dont plus tard il sera important de faire un travail de deuil. En citant Freud, (1915b) « *Le deuil est régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal, etc.* » C'est ainsi que dès les premiers paragraphes de ce texte de 1915, le sens du deuil se déplace et s'élargit: il se sépare de la mort pour s'attacher à la perte de la personne aimée. Depuis l'origine des temps, le deuil était constitué d'un ensemble de pratiques sociales, ici coutumières, ailleurs rituelles, accompagnant le défunt. Ces usages de démonstration de chagrin étaient censés exprimer et représenter les sentiments des endeuillés. A l'origine, pendant très longtemps et encore actuellement dans les profondeurs de la psyché, ils avaient avant tout pour but de repousser l'âme du défunt du monde des vivants et de tenter, au mieux possible, de l'apaiser afin qu'elle ne revienne pas rôder autour des survivants et leur porter préjudice. Qu'il soit surtout social comme il l'avait toujours été ou qu'il soit surtout intérieur, comme il l'est maintenant devenu, le deuil est un temps intermédiaire où tente de s'effectuer la séparation des vivants et des morts.

Dans cette brève définition, Freud désigne, à l'intérieur du deuil, la perte d'une valeur abstraite, de l'ordre de l'idéal comprenons qu'il s'agisse d'un investissement narcissique qui serait venu prendre la place d'une personne aimée. Le deuil est à la fois la réaction à la perte d'un choix objectal et d'un investissement narcissique.

Selon Baudry (2003, p.176) le deuil n'est pas seulement peine et chagrin, colère et culpabilité, sentiments qui déstabiliseraient un individu qui, normalement, se maîtriserait lui-même ; il s'agit, beaucoup plus profondément, de ce qui excède la capacité de contrôler ce qui

arrive, c'est-à-dire de l'ouverture à l'inconnu et à l'intrigue, dans la mesure où ce qui vient ne vient pas de soi.

Patrick (2003, p.475) lorsqu'il parle du « travail du deuil », c'est pour souligner que l'expression des émotions participe d'une culture qui s'impose aux individus. Des conventions, des coutumes, des règles organisent un cadre à l'intérieur duquel l'individu communique aux autres ses sentiments. Mais la société n'est pas seulement un environnement dans lequel les individus seraient acteurs et propriétaires de leur peine, elle donne aussi forme et, plus encore, existence au chagrin. La sociologie durkheimienne ne veut pas seulement montrer qu'une société constitue un milieu global où évolueraient des individus qui devraient respecter ses normes, elle veut aussi souligner que ce que l'individu croit vivre à partir de sa vie propre trouve son origine ailleurs qu'en lui-même. La culture n'organiserait pas seulement les manières de se lamenter, elle serait aussi à la source des lamentations mêmes. Ce que l'individu croit vivre sur un mode naturel ou comme relevant de sa décision provient, en fait, de forces contraignantes et extérieures.

Plus loin, il affirme donc que le deuil, si intime qu'il paraisse, s'exprime et se fonde sur une culture qui détermine sa possibilité. Quand elle pleure, la personne n'adapte pas seulement l'expression de son propre chagrin aux manières collectives d'exprimer sa peine, elle se conforme aussi, plus fondamentalement, à un ordre culturel qui gouverne l'élaboration d'un sentiment. Emile Durkheim (1968 : 167) l'a écrit : « Le deuil n'est pas l'expression spontanée d'émotions individuelles. »

Cette approche durkheimienne du deuil met l'accent sur la représentation de la culture qui a une fonction contenante pour le psychisme. Cette fonction, rend pensable, maîtrisable, mobilisable ce qui nous affecte plus précisément la douleur dû à la perte de l'être aimé. C'est un travail actif qui se réactualise à chaque rencontre avec son objet. (Fiona, 2015, p.10).

Géza (1943), nous apprend que l'homme est un être de culture. « Il n'y a pas de société ni même d'individu « inculte », (incultured, sans culture) notait Linton (1977, p. 32). La culture est universelle dans la mesure où tout homme est issu d'une culture, comme il parle une même langue. C'est ainsi que Moro (2004), affirme que la culture permet un codage de l'ensemble de l'expérience vécue par un individu, elle permet d'anticiper le sens de ce qui peut survenir et donc de maîtriser la violence de l'imprévu, et par conséquent du non-sens. La culture met à la disposition du sujet, une grille de lecture du monde, mouvante et souple mais toujours présente quoique parfois en danger d'effacement ou de non-contenance dans des situations de rupture.

Ce codage est un processus constitué d'inférences complexes, inférences ontologiques mais aussi des inférences de causalité, permettant de donner un sens à un événement répertorié. Par exemple l'amour que l'on porte aux enfants. Sentiments universellement partagés mais vécus de manière différente. Donc si le principe est universel, les applications pratiques sont relatives.

"Selon Kaës & al, (2005),

« la culture est à ce niveau interne, l'ensemble des dispositifs de représentations symboliques dispensateurs de sens et d'identité, et à ce titre organisateur de la permanence d'un ensemble humain, [des] processus de transmissions et de transformation. Elle comporte nécessairement un dispositif d'autoreprésentation, qui implique la représentation de ce qui n'est pas elle, de ce qui lui est étranger, ou de ce qui lui est attribué ».

La culture apparaît alors comme un ensemble plus ou moins partagé de savoirs, savoir-faire et savoir être, relatif à un univers culturel.

La culture est acquise, apprise. Elle est intériorisée. De ce fait, elle structure et détermine le comportement de l'individu. Elle lui fournit une grille de lecture et de décodage de la réalité sociale. Comme le dit Linton : « la culture en tant qu'ensemble fournit aux membres de toute société un guide indispensable pour toutes les circonstances de la vie » (1977, p. 23). En tant que telle, elle met à sa disposition des schèmes comportementaux d'adaptation en lien avec un environnement particulier (Di & Moro, 2008).

Selon Hermès & Silfer (2005), les personnes règlent leur conduite en fonction du sens qu'elles donnent aux choses. Or ce sens est construit d'après les interactions que les personnes ont entre elles. Ce sens se modifie sans cesse sous l'influence des interprétations de chacun, influencé par les conduites des autres.

Ainsi, La façon dont nous faisons face à la mort et dont nous la traitons est également fortement influencée par la culture à laquelle nous appartenons. La culture englobe les comportements sociaux, les normes, les croyances et les coutumes associés aux différentes sociétés et communautés. Chaque culture a sa manière d'exprimer le deuil, de rendre hommage aux défunts et de faire le deuil de ceux qui sont partis. Les rituels d'enterrement et de recueillement aident les gens à faire leur deuil. Ils marquent le point de passage entre l'état de chaos causé par la mort de l'être cher et un stade où l'acceptation et le deuil de la perte deviennent possibles. Les rituels donnent une signification religieuse ou spirituelle et apportent un réconfort aux personnes. Les rituels et les cérémonies traditionnelles offrent un espace où la famille, les amis et les autres membres de la communauté peuvent partager une perte commune.

Ils offrent des moments cruciaux où les personnes en deuil se sentent soutenues et où d'autres reconnaissent leur douleur. Le processus de deuil peut être compliqué dans les situations où les rituels traditionnels qui l'accompagnent ne peuvent pas être effectués comme d'habitude. Tel a été le cas avec la pandémie de COVID-19. Colin (1999), pense que c'est du côté de la culture quotidienne des gestes, des phrases et des silences qu'il faut se tourner pour le comprendre, sans se précipiter d'en juger. Les discours d'experts, les explications verbeuses oublient qu'il faut commencer par se taire pour accueillir l'homme en deuil, c'est-à-dire l'humanité même de l'autre homme.

Au vue de ce qui est dit plus haut, notre travail s'intéresse au traumatisme dû au traitement des dépouilles COVID-19 au sein des familles camerounaises. Nous nous appesantirons donc sur les théories déjà existantes du deuil, quelques approches et également l'aspect culturel du deuil qui s'impose à chaque famille qui le traverse. Ceci étant dit, le problème posé par cette étude est celui du retentissement psychologique traumatisme des dépouilles COVID-19 chez les membres des familles.

Question de recherche

Le problème ainsi posé, nous avons formulé la question de recherche suivante :

Quel est le retentissement psychologique du traitement des dépouilles COVID-19 sur les membres des familles ?

1.2 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Dans une étude, l'objectif vise à montrer l'incidence de la VI sur la VD. Sa formulation doit être précise. Puisque notre travail se veut scientifique, il a des objectifs à atteindre ; premièrement, l'objectif général qui annonce le lien que notre étude a avec la discipline dans laquelle nous investiguons et dans un second temps les ou l'objectif (s) spécifique (s) qui détermine(nt) des nouveaux comportements ou de nouvelles conduites. Il(s) a/ont une congruence avec les HR_s.

1.1.1 Objectif général

L'objectif général de ce travail de recherche a pour but d'inscrire ces travaux dans un débat scientifique. Son objectif premier est d'analyser et de comprendre comment le traitement des dépouilles COVID-19 entraîne le traumatisme chez les membres des familles.

1.1.2 Objectifs spécifiques

Compris comme des indices nous permettant d'atteindre notre objectif visé, il sera particulièrement question dans cette étude de :

- examiner comment la saisie de la dépouille COVID-19 par le personnel de santé entraîne le traumatisme chez les membres des familles ;
- étudier comment la non application des rituels culturels favorise le traumatisme chez les membres des familles ;
- analyser comment l'inhumation dégradante des dépouilles covid-19 favorise le traumatisme chez les membres des familles.

À la suite de ces objectifs, nous allons évoquer l'importance de notre étude.

1.3 INTÉRÊTS DE LA RECHERCHE

L'intérêt permet d'accroître les connaissances dans un domaine de recherche, de mettre à jour les recherches dans un domaine d'étude, explorer un nouveau phénomène. Notre étude revêt un intérêt à la fois scientifique, clinique et social.

1.3.1 Intérêt scientifique

Elle peut s'entendre comme l'apport que l'étude d'un fait social donné ajoute à la science. Les études passées qui ont abordé la perte, elles ont mis l'accent sur le travail de deuil et les étapes de celui-ci, le non-respect des rites funéraires et ses conséquences sans toutefois mentionner le rôle de la dimension culturelle dans le fonctionnement psychique en général. Ainsi, cette étude a le mérite d'examiner et de comprendre l'impact du retentissement psychologique dû au traitement des dépouilles COVID-19 (dépouilles délaissées, rituels de deuil bafoués, inhumation dégradante). Dans le cas d'espèce, l'intérêt scientifique de ce travail repose sur le fait qu'il se veut une contribution à la problématique portant sur le traumatisme dû au traitement des dépouilles COVID-19 chez les membres des familles. La blessure psychique chez les membres des familles est réelle et ils en souffrent. La présente étude entend analyser et comprendre les éléments factuels qui auraient causés le traumatisme. Dans ce sens,

elle se pose avec acuité du fait que la plupart des membres des familles sont affectés par le traitement infligé à leur dépouille, tout en étant exposé davantage à des d'autres problèmes d'ordre psychologique.

1.3.2 Intérêt clinique

Sur le plan clinique, les résultats de cette recherche pourront aider à l'amélioration de la prise en charge psychologique des membres des familles victimes de deuil sans corps pour des raisons de COVID-19. Il contribue aussi d'un effort de formation qui puisse nous assurer savoirs, savoir-faire et savoirs êtres en matière de prise en charge et d'accompagnement de toutes personnes dans ce même besoin.

1.3.3 Intérêt social

Ce travail sert surtout enfin, de fondement au renforcement de la capacité de résilience chez les membres des familles victimes car, la COVID-19 étant venue bouleverser nos habitudes quotidiennes, cette recherche nous permettra d'adapter nos habitudes, nos us et coutumes à cette nouvelle ère que nous impose la pandémie. Tant dans la manière de pleurer nos morts que dans celle de les ensevelir. De ce fait, elle va permettre de saisir les déterminants sociaux de la personnalité de l'individu en vue de l'aider à se sentir mieux.

1.4 DÉLIMITATION DE L'ÉTUDE

Cette partie de l'étude décrit les cadres précis dans lesquels l'études doit être comprise, car, il ne sera pas question de s'étendre de tous les côtés de la science. En articulant toutes les questions relatives aux signifiants culturels liés au travail de deuil sans corps. Il ne sera non plus par ailleurs question d'embarquer toute la population camerounaise ou celle de Yaoundé. In fine, nous ne convoqueront pas toutes les théories scientifiques dans le cadre de notre étude.

Dans notre travail de recherche, nous situerons les bornes à deux niveaux

- Délimitation géographique
- Délimitation théorique

1.4.1 Délimitation géographique

Notre recherche a été menée dans la ville de Yaoundé capitale politique de la république du Cameroun. Plus précisément au Service de Santé du District de Nkolndongo (SSDN) sis à Mimboman-Eloundou dans l'Arrondissement de Yaoundé IV^{ème}. Le SSDN a été choisi en 2020

par le MINSANTE comme pôle de dépistage et de suivi des patients atteints de COVID-19. Éclaté donc en plusieurs équipes mobiles, nous avons touché les réalités du terrain occasionnées par la pandémie (vécu de la maladie par le patient, la famille, l'entourage, le corps médical ; les récurrences, décès, inhumations) et ce, dans les artères de la ville de Yaoundé. Raisons pour laquelle il a drainé le monde et donc nous l'avons choisi comme site de travail dans le cadre de notre étude.

1.4.2 Délimitation théorique

Dans notre revue de la littérature, nous avons évoqué des théories qui renferment un certain nombre de matériaux qui fournissent des explications à notre travail. Mais ces théories ont des rapports avec notre objet d'étude qui soit la critiquent ou encore la complètent.

1.4.3 Délimitation méthodologique

Notre travail s'inscrit dans le sillage des études cliniques, parce que nous sommes de tout évidence en psychopathologie et clinique qui a pour objet général l'étude de la conduite humaine individuelle et de ses conditions (hérédité, maturation, conditions physiologiques et pathologiques, histoire de la vie) en un mot l'étude de la personne totale « en situation » Lagache (1949). C'est également parce que le psychologue sort de son laboratoire pour rencontrer l'autre dans des situations « naturelles ». Le type de recherche est qualitatif. La méthode appliquée est celle de l'étude de cas ; l'outil de collecte de donnée est le guide d'entretien et la technique de traitement des données est l'analyse de contenu.

CHAPITRE 2 : LES DIFFERENTES APPROCHES DU SUJET

Dans ce chapitre deuxième, nous convoquerons les approches des disciplines connexes telles que l'anthropologie, la socio-philosophie et la psychanalyse dans le but d'avoir des informations des autres disciplines sur la problématique du retentissement psychologique du traitement de la dépouille d'un proche et de ce fait, nous permettre d'élucider notre travail en vue de mieux l'appréhender.

2.1 APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE

L'anthropologie est une science, située à l'articulation entre les différentes sciences humaines et naturelles, qui étudie l'être humain et les groupes humains sous tous leurs aspects, à la fois physiques (anatomiques, biologiques, morphologiques, physiologiques, évolutifs, etc.) et culturels (social, religieux, linguistiques, psychologiques, géographiques, etc.). Chapitre le plus vaste de l'histoire naturelle, l'anthropologie constitue une monographie sur le genre *Homo*, qui décrit et analyse les « faits anthropologiques », c'est-à-dire caractéristiques de l'hominisation et de l'humanité. Dans cet ordre d'idée, nous convoquons le point de vue de cette discipline pour comprendre son positionnement sur la notion de deuil et tout ce que cela comporte.

Du point de vue anthropologique, c'est à travers les différents rites sociaux et plus particulièrement avec les rites funéraires que la société reconnaît la perte d'un de ses membres et permet un portage collectif des proches. Au Cameroun particulièrement, la plupart du temps, l'inhumation du défunt se fait dans la plus stricte intimité familiale. Seuls les plus proches choisissent d'y assister car on y pratique des rites pour les initiés. Cet enterrement doit avoir lieu au village, sauf si de son vivant le défunt en avait décidé autrement. Car un enterrement en ville sera synonyme de pauvreté et la famille deviendra la risée. Si bien qu'elle est prête à s'endetter pour offrir au défunt les plus belles des funérailles. Et, après l'enterrement, les réjouissances commencent, avec un repas très copieux, sous des tentes, réparties en fonction des classes sociales. Suite à l'enterrement les invités mangent et boivent. La famille doit ainsi faire face à des dépenses colossales comprenant des frais tous plus

farfelus les uns que les autres : location de chaises, de tentes et de véhicules ; achat du caveau ; services de croc mort ; confection de tee-shirts et de badges à l'effigie du défunt ; fleurs confectionnées avec un message...

En moyenne, il faut deux semaines pour enterrer quelqu'un. Mais, selon les moyens de la famille, le deuil peut durer un mois ou deux, et même plus encore. Pendant ce temps, des prières et séances de recueillement sont organisées chez le défunt. Cette peinture socio-anthropologique s'est vue assombrie par l'arrivée de la pandémie à covid-19 qui a imposé une nouvelle manière d'accompagner les dépouilles telle que sus-évoqué. Pour les anthropologues, ils constituent un des ancrages à la civilisation. Ces rites peuvent commencer avant le décès, dès l'apparition des premiers signes annonciateurs de fin de vie, et se poursuivent ensuite par un hommage à travers des rituels d'extrême-onction ou de toilette funéraire. S'en suit l'étape de la séparation, avec la mise en bière du corps, la cérémonie funéraire, l'inhumation ou la crémation. Or, durant les premières semaines de la pandémie, les mesures concernant ces rites funéraires ont été particulièrement restrictives du fait de la méconnaissance du virus et de sa contagiosité, et des retours d'expériences passées, comme lors d'exposition au virus Ebola, où de nombreuses contaminations ont fait suite à ces pratiques. Ainsi, dès mars 2020, les autorités sanitaires ont successivement interdit puis limité les visites aux proches en fin de vie. Les visites aux corps des défunts, la réalisation de toilette funéraire et les cérémonies religieuses ou d'adieu ont également été temporairement interrompues ou limitées à 10 personnes. À ce jour, nous observons les premiers effets de ces restrictions sur les proches des personnes décédées. En effet, l'impossibilité de vivre des actes familiaux comme voir ou serrer le corps du défunt au moment de l'ultime séparation a temporairement pu bloquer les mécanismes psychiques du deuil et ce d'autant plus qu'une forme de sidération individuelle et collective était à l'œuvre au début de la pandémie et que les rituels funéraires habituels étaient également entravés.

En effet, le fait de savoir comment un enterrement se déroule, le fait que ce type de cérémonie se répète ancestralement crée un contexte familial et socialement institué permettant de reprendre de la maîtrise sur la situation et de faire face à l'inconnu de la mort et à la dimension déstructurante de la perte, ce qui évite de perdre pied et ré-ancre chacun dans une dimension connue et rassurante. Enfin, la dimension sociale de portage collectif des rites funéraires est extrêmement enveloppante et contenant, ce qui permet de juguler les angoisses de mort réactivées à ces occasions, et particulièrement vives en ces temps de Covid-19 où chacun de nous a pu expérimenter l'apparition de questionnements par rapport à la vie et à la

mort. La dimension sociale et les rituels sont des éléments éminemment protecteurs sur le plan psychique.

Pour les anthropologues et les sociologues Hertz et Van (1997, p. 21), les rites funéraires ont essentiellement 3 fonctions :

- Accompagner le corps et l'esprit du défunt durant ces périodes transitoires ; Dans le cas d'une mort attendue, au terme d'une longue maladie ou agonie, la famille a déjà été rassemblée pour accompagner le mourant dans son dernier voyage. Le cheminement vers l'ancestralité a commencé. Le mourant fait son testament (ntiok lewue), prodigue à chacun conseils et bénédictions. C'est le moment où il nomme son héritier et exige obéissance du reste de la famille à ce dernier. Ces ultimes paroles sont sacrées et inviolables. Ce moment très solennel est délicat, car on peut raisonnablement penser que le choix de l'héritier ne fera pas toujours l'unanimité et les batailles de succession sont très courantes. Le mourant clôture son discours par un appel à l'unité de la famille. Le décès survenu, on peut « alerter » le village. Cette annonce s'accompagne de grands cris de douleur même attendue et prévisible, la mort doit toujours être associée à un événement imprévisible. Le deuil suivra plusieurs étapes, la première consistant dans l'arrêt de toute activité sociale. Tout le monde converge alors vers la maison du défunt. Dans la région ouest du Cameroun, fief des Bamiléké, on fait une distinction entre les obsèques (né-tong-gni), le deuil (dih néwoû) et les funérailles (né-tiak-menéna). Les obsèques correspondent aux cérémonies de l'enterrement tel que nous l'entendons communément. Elles débutent néanmoins, au sens bamiléké du terme, avec les préparatifs et prennent fin deux jours après l'enterrement, où on passe alors à la phase du deuil. Celui-ci est une période d'affliction et de lamentation d'une durée variable. Il s'étend généralement sur neuf jours après l'inhumation, mais il peut aussi durer des semaines, voire des mois, selon l'importance sociale du défunt aux yeux de la tradition Kuipou (2015, p. 95).
- Aider les survivants endeuillés dans l'expression de leur douleur ; ici, on pleure le mort, selon des codes établis. Toutes activités sociales suspendues, la famille vit regroupée dans la maison du défunt dans une posture d'affliction. L'hygiène corporelle est volontairement négligée, et tout le monde dort par terre sur des feuilles de bananier séchées Kuipou (2015, p. 95).

- Ressouder la cohésion sociale mise en cause par la disparition d'un de ses membres. Aujourd'hui, il semblerait que ce soit la seconde fonction qui l'emporte même si elle se fait plutôt à l'écart de l'espace public.

Les paléontologues, eux, voient dans le deuil la source de rites fondateurs de toute civilisation.

Bowlby (1984), dans « Attachement et perte » s'appuie sur les travaux de Gorer (1966), pour rappeler que toutes les sociétés humaines ont des règles et des rituels qui concernent la mort et le comportement approprié des personnes en deuil. IL tire de ces différentes lectures de la littérature anthropologique, qu'en dépit de considérables différences entre les modèles culturels, dans pratiquement toutes les cultures, des règles et des rituels d'au moins trois types peuvent être décrits :

- Ceux qui précisent comment poursuivre les relations avec la personne morte. Il souligne alors que toutes les sociétés croient que malgré la mort corporelle, la personne continue de vivre et maintient également des relations avec les vivants, au moins pendant un certain temps. C'est le cas des peuples grassfields pour qui la tradition est un moyen de communication entre les défunts et les vivants, car elle représente la "parole" des ancêtres. Elle fait partie d'un vaste réseau de communication entre les deux mondes, englobant la prière, les offrandes, les sacrifices, les mythes ». Les morts ne sont pas morts, même s'il est indispensable de « pleurer le mort », de « se lamenter » ostentatoirement à l'annonce d'un décès Kuipou (2015: 93). En effet, ces lamentations, très ritualisées durant les neuf jours de deuil, participent du cheminement, de l'accompagnement du défunt vers sa future ancestralisation. Ces relations peuvent être considérées comme bénéfiques, et c'est majoritairement le cas, ou comme nocives, selon les sociétés. Les règles et rituels sont alors destinés soit à préserver ce lien dans le premier cas, soit à protéger les vivants et à expédier le mort dans le second cas. Toutefois, indépendamment de la manière dont les différentes cultures peuvent comprendre cette relation persistante, elles vont toutes sanctionner socialement ce sentiment de présence persistante de la personne morte et préconiser un comportement approprié.
- Ceux qui précisent comment distribuer la culpabilité et exprimer la colère. Il est donc attendu, dans la majorité des cultures, que toute personne en deuil ressente de la colère. La plupart des cultures définissent qui peut être tenu pour responsable et qui ne le peut pas. Cette colère est alors dirigée, en fonction de la culture contre des

tiers : les habitants d'un village ou d'une tribu voisine, contre le mort lui-même, mais cela est peu fréquent, ou contre soi-même. Il donne en exemple une coutume chez les juifs marocains qui veut que les femmes affligées s'arrachent la peau avec leurs ongles jusqu'à ce que le sang jaillisse. Les formes prescrites pour le comportement de la colère des personnes en deuil varient considérablement d'une société à l'autre. Dans certains cas, l'expression active de la colère fait partie intégrante des rites funéraires et chez d'autres les coutumes funéraires interdisent très fermement toute expression de violence

- Ceux qui établissent ce que doit être la durée du deuil en fixant habituellement le moment où le deuil doit se terminer. Dans un certain nombre de sociétés, des rituels spéciaux de deuil et de commémoration sont effectués à ce moment. Il donne alors l'exemple des Kotas, un des peuples tribaux habitant dans une région des confins de l'Inde qui réalise une cérémonie appelée cérémonie sèche qui a lieu un an après le décès et qui se divise en 2 semaines, la première au cours de laquelle les morts sont remémorés et les endeuillés pleurent toute la journée jusqu'au 8ème jour où l'ambiance change brusquement. C'est alors qu'ont lieu des danses et un festolement durant lesquels les veuves et les veufs vont accomplir des rituels dont le but est de les amener progressivement plus près d'une vie sociale normale.

Il conclut que c'est ainsi qu'une culture canalise les réactions psychologiques des individus, et que la fonction principale d'un rite funéraire n'est pas de se débarrasser du corps, mais son intérêt psychosocial pour la personne en deuil et la société toute entière.

2.2 APPROCHE PHILOSOPHICO-SOCIOLOGIQUE

Cette approche fait ressortir les points de vue philosophique est sociologique du travail de deuil. Elle sera étayée en deux principaux points :

Dépasser le déni

Une autre fonction du rite serait de permettre au sujet de dépasser plus facilement la première phase du travail de deuil à savoir le déni. Fauré (2012, p. 56) souligne l'importance des rituels, de la veillée des morts qui permettent de voir le corps du défunt : « il faut le voir

pour le croire ». Ensuite, les différents rites entourant la question du corps du défunt ne sont pas sans susciter des débats.

Ainsi pour Lacroix, S. le tombeau permet une inscription matérielle et symbolique de la perte. La dispersion des cendres, selon elle, ne permettrait pas de fixer dans une réalité incontournable l'évidence de la présence de quelqu'un qui est mort.

Pour le philosophe F. Hadjadj (1992, p.8), la dispersion des cendres constitue une négation de la personne dans sa singularité.

A l'inverse, la philosophe, psychologue et éthologue belge V. Despret (s. d), pense que pour certains le fait d'être brûlé est une manière catégorique d'affirmer la non existence future. Et pour Thomas (1993), la thanatopraxie par exemple est une pratique sous-tendue par une part de déni qui, donc, serait susceptible de renforcer le refoulement. Enfin, M. Gaudelier explique que la question ne peut se poser si simplement : lorsqu'on disperse les cendres d'un proche, on sacralise ses dernières volontés ; pour les proches l'important est de satisfaire le mort pour être soi-même en paix.

Sublimer sa propre finitude

Pour Bacqué (2000), il existe une véritable interaction entre les événements sociaux et les mouvements intrapsychiques de l'endeuillé, la symbolique démarre avec les rites funéraires. Elle donne l'exemple des restrictions ou des dépenses d'argent pour le défunt par exemple qui permettent le soulagement d'une certaine dette à l'égard du défunt. Bacqué insiste sur la centralité du rite associant à celui-ci une valeur surtout fonctionnelle, le but de ces rites étant finalement de protéger l'endeuillé de ce terrible sentiment de finitude que l'être humain tente de sublimer en établissant une lignée. Elle rappelle par-là que sans la mort, la reproduction et la sexualité n'ont plus de nécessité pour l'espèce. Ainsi le rituel a une fonction thérapeutique. Le rite vient finalement traduire par des actes symboliques ce qui n'est pas explicable, ce qui n'est pas dicible. Il est une forme de langage selon A. de Broca (2010). Mais alors si la mort, le deuil et les rites qui les entourent sont si essentiels à la société, comment comprendre ce recul de la place qui leur est accordée dans le discours et dans les pratiques de la société occidentale actuelle? On peut se demander également si ces changements autour des rites permettent de remplir les mêmes fonctions symboliques qu'assuraient les pratiques plus anciennes.

Thomas (1993), appelle déni de la mort cette mise à l'écart sociale de la mort. Hanus (1994), pense que cette modification est une tentative de tuer la mort par le silence.

2.3. APPROCHE PSYCHANALYTIQUE

Nous allons pencher le regard de la psychiatrie sur le phénomène de deuil et la compréhension qu'elle en fait puisque c'est elle qui fixe la frontière entre le normal et le pathologique. Cela fait un peu plus d'un siècle que Freud introduisait la notion de deuil et fut également le premier à s'intéresser à structure de celui-ci.

Le deuil constitue un traumatisme psychique et physique authentique, considéré comme un stress violent vécu selon la personnalité de chacun qui connaît un bouleversement. Ainsi, cet état de déséquilibre normalement transitoire, implique un processus d'adaptation mobilisant des mécanismes psychiques défensifs, dont la visée est d'empêcher une rigidité morbide de s'installer.

❖ Le deuil normal

Le deuil normal se déroule selon un processus comportant plusieurs phases, communes à tous les individus. Chaque deuil reste cependant singulier, puisqu'il dépend de la personnalité de chacun et de la relation entretenue avec le défunt. Les différences individuelles apparaissent dans les manifestations du deuil et dans le rythme d'évolution de ce processus.

On distingue généralement selon Hanus (2006), trois étapes dans le déroulement clinique d'un deuil : le début, marqué par un état de choc ; l'étape centrale qui regroupe les symptômes caractéristiques d'un état dépressif ; et la phase de rétablissement.

- **État de choc** : La période suivant immédiatement le décès d'un être cher est marquée par un état de choc, à la fois psychique et physique, qui est d'autant plus intense que la perte est brutale. Cette période se divise en deux phases.
- ✓ **Phase de sidération**. À l'annonce de la mort d'un être cher, la toute première réaction est le refus de la douloureuse réalité. La stupéfaction et le refus s'accompagnent d'un état de sidération mentale, qui réalise un blocage de toutes les fonctions psychiques, avec une anesthésie des affects et un émoussement des perceptions. La personne endeuillée agit de manière automatique, dans une sorte d'engourdissement qui la rend imperméable à l'environnement. Elle aura par la suite peu de souvenirs de cette période. La stupéfaction et l'engourdissement peuvent durer de quelques heures à quelques jours, parfois quelques semaines.

Le vécu somatique se traduit par des manifestations de tous les grands états émotionnels : tachycardie, hypotension, oppression thoracique, gêne respiratoire, crampes pharyngées,

douleurs épigastriques, tendances lipothymiques pouvant aller jusqu'à la syncope. S'y ajoutent la perte presque complète de l'appétit, du sommeil et la sensation d'une intense fatigue.

- ✓ **Phase de décharge émotionnelle et de recherche de la personne disparue.** L'état de sidération se dissipe après un délai variable, pour laisser place à l'expression des émotions. Surviennent alors les pleurs, les sanglots et les lamentations, ces manifestations du chagrin étant plus ou moins bruyantes selon les individus.

Cette période de forte décharge émotionnelle s'accompagne d'une recherche de la personne aimée et disparue. Le comportement peut alors alterner entre des moments d'abattement et de prostration et des moments d'agitation anxieuse.

Différentes manifestations témoignent de la recherche de la personne disparue.

- Orientation des comportements vers la personne disparue. Le sujet en deuil éprouve le besoin de parler du défunt, de s'entourer de ses objets, de son cadre familial et des personnes qui l'ont connu et aimé.
- Existence d'illusions perceptives : Il s'agit le plus souvent d'images visuelles, mais aussi de perceptions auditives, olfactives ou tactiles. Ces impressions surviennent spontanément ou à l'occasion de perceptions diverses de la réalité ambiante, que le sujet ressent comme des indices de la présence du défunt. Le sujet en deuil croit voir le visage ou la silhouette de la personne disparue, entendre sa voix ou sentir sa présence à ses côtés, alors même qu'il sait qu'elle est morte. Il s'agit d'illusions de présence et non d'hallucinations, dans la mesure où le sujet n'a pas la conviction que cette présence est réelle. Ces manifestations sont banales et ne préjugent en aucun cas d'un pronostic défavorable.

Sur le plan somatique, l'insomnie et l'anorexie persistent, ainsi qu'une asthénie majeure.

- **Phase dépressive** Cette étape centrale constituée par une phase dépressive s'installe plus ou moins rapidement après la survenue du décès, et va durer en général plusieurs mois (entre quelques semaines et un an). La symptomatologie dépressive ne peut apparaître qu'après la période du choc. Le tableau clinique est constitué du trépied sémiologique de la dépression (humeur dépressive, ralentissement psychomoteur, et symptômes somatiques), auquel s'ajoutent des pensées et des attitudes à l'égard du disparu.

- ✓ **Symptômes affectifs.** Ils comportent : tristesse, douleur morale, idéation suicidaire ; l'anhédonie (perte du plaisir à avoir des loisirs, à participer aux événements sociaux et familiaux, ainsi qu'à toutes les activités auxquelles participait le disparu, sentiment que plus rien n'est agréable sans lui) ; le sentiment de solitude, même en présence des autres.
- ✓ **Ralentissement psychomoteur.** Généralement modéré, il comporte : bradypsychie, troubles de la concentration et de l'attention, troubles mnésiques ; hypokinésie, hypomimie, apathie, aboulie, repli sur soi.
- ✓ **Troubles somatiques.** Ils s'expriment sous forme d'anorexie, d'insomnie, d'asthénie, de plaintes fonctionnelles (douleurs, inconfort digestif, symptômes neurovégétatifs, etc.).
- ✓ **Pensées et attitudes à l'égard du disparu.** Elles sont diverses :
 - intrusion répétitive de souvenirs tristes, mais aussi heureux, relatifs au disparu ;
 - Idéalisation : tendance à ignorer les défauts du disparu et à exagérer ses caractéristiques positives ;
 - ambivalence : coexistence de sentiments positifs et négatifs envers la personne disparue ;
 - culpabilité : auto-accusation et blâme concernant certains événements (par exemple, se reprocher de ne pas avoir su éviter la mort du disparu), regrets liés au comportement passé à l'égard du disparu (par exemple, n'avoir pas su l'aimer ou le protéger) ; en revanche, dans le deuil normal, il n'y a pas de sentiment de culpabilité ou d'auto-dépréciation relatif à des thèmes autres que ceux qui concernent le disparu ;
 - Illusions perceptives concernant le disparu ;
 - Identification au défunt : préoccupations de santé, symptômes somatiques mimant la maladie du défunt, imitation temporaire de ses manières et de ses habitudes ;
 - Idées de mort, s'exprimant généralement par la pensée qu'il aurait mieux valu mourir avant le disparu, en même temps que lui ou encore à sa place.
 - Cet état dépressif a un retentissement sur le niveau de fonctionnement global de l'individu : relations interpersonnelles (familiales, amicales, sociales), et fonctions professionnelles. Toute l'attention, toute l'énergie se concentrent sur l'objet perdu ; tous les autres intérêts semblent laissés de côté.

Il est fréquent également d'observer une augmentation de la consommation d'alcool (principalement chez les hommes), de psychotropes (principalement chez les femmes), et de tabac (dans les deux sexes).

- Rétablissement : La dernière étape du deuil est celle du rétablissement. Durant cette période, le sujet retrouve progressivement ses intérêts antérieurs et se montre capable peu à peu de se tourner vers l'avenir, d'investir de nouvelles relations, de ressentir de nouveaux désirs et de les exprimer. Ce retour vers le monde extérieur débute habituellement dans les rêves (rêves de rencontre, d'acquisition, etc.).

L'état dépressif se dissipe, la douleur s'apaise. Le sujet éprouve d'abord du soulagement, puis retrouve une sensation de bien-être, de l'énergie et du goût à vivre.

Des modifications du cadre de vie témoignent également de ce processus de guérison : changement de lieu de vie ou modification de l'aménagement, séparation des objets personnels du défunt, en gardant seulement ceux que le sujet endeuillé considère comme particulièrement évocateurs et significatifs.

Les représentations associées au disparu sont moins nombreuses et moins fréquentes, mais elles persistent, même après la fin du deuil : elles sont seulement devenues moins poignantes et moins douloureuses. Peu à peu, ces souvenirs tristes et nostalgiques s'estompent, pour resurgir périodiquement dans certaines circonstances. Même après un deuil normal, il existe une reviviscence de souvenirs accompagnée de tristesse au moment de la date anniversaire de la perte. Ces réactions d'anniversaire sont particulièrement vives dans les deuils compliqués et pathologiques.

Si le deuil est une expérience douloureuse, il peut être également, dans la mesure où il a été résolu, l'occasion d'une maturation affective et d'un développement personnel.

Il est souvent admis qu'un travail de deuil normal dure entre 10 et 12 mois.

En fait, le processus peut être atténué et durer beaucoup moins longtemps, mais il peut également durer plus longtemps, sans pour autant devoir être considéré comme un deuil « pathologique ». Il faut ajouter que la durée et l'expression du deuil « normal » varient considérablement selon les groupes culturels.

❖ Le deuil pathologique

La question de la psychopathologie du deuil est sujet à débat. En effet on retrouve dans la littérature, tout un vocabulaire autour de la question du deuil mais qui reste non consensuel et à controverse. Ainsi, on peut lire les termes de deuil difficile, deuil psychiatrique, deuil pathologique, deuil compliqué, deuil différé, deuil entravé, deuil inhibé, deuil intensifié, deuil chronique, deuil traumatique... pour lesquels la définition est quasiment propre à chaque auteur. Un certain nombre de définitions de complications du deuil ont été décrites :

- le deuil « différé » dans lequel le sujet va rester fixé dans la première phase du deuil : le refus initial de la perte se prolonge de manière anormale. La disparition d'un être cher, ne pas savoir ce qu'il est devenu, s'il est vraiment mort favorise cette situation particulière.
- le deuil « inhibé » évoqué pour la première fois en 1937 par H. Deutsch, caractérisé par un refus des affects liés au deuil. Les perturbations émotionnelles se retrouvent donc au second plan, masquées derrière des troubles somatiques.
- le deuil « chronique » dans lequel l'endeuillé s'enlise dans une dépression qui peut durer toute la vie et pour lequel on peut citer un cas connu de tous, celui de la Reine Victoria en Angleterre.

Hanus (1994), distingue le deuil difficile du deuil pathologique en définissant le deuil difficile comme un deuil présentant des facteurs rendant le deuil plus difficile (le jeune âge de l'endeuillé, la perte d'un enfant, des circonstances inhabituelles, violentes, brutales ou une perte vécue comme particulièrement injuste).

M. Hanus distingue le deuil compliqué du deuil pathologique ainsi : « Le deuil compliqué est celui qui se manifeste par la décompensation d'une pathologie psychologique ou somatique qui était connue antérieurement mais qui s'aggrave du fait du deuil alors que le deuil pathologique est celui qui inaugure une maladie qui ne s'était pas manifestée jusque-là. ». Par cette définition, nous pourrions dire que Hanus, est en accord avec la vision de la CIM-10 : le deuil pathologique vient révéler une vulnérabilité sous-jacente.

J-J. Chavagnat (2013), définit le « deuil psychiatrique » comme l'apparition d'une pathologie psychiatrique dans un contexte de deuil, ce concept recouvre une symptomatologie très hétérogène : de la réaction dépressive à l'épisode dépressif sévère avec idées suicidaires ou tentative de suicide, de la phase d'hyperactivité à l'authentique épisode maniaque, du trouble fonctionnel à la maladie psychosomatique, voire à la conversion hystérique, de la manifestation

anxieuse passagère à la grande crise d'angoisse, voire au trouble anxieux généralisé, des manifestations phobiques, des conduites à risque, des addictions ou des automutilations

Hanus classe dans les deuils difficiles les deuils faisant suite à des morts violentes pourtant certains ont rapproché cette situation du syndrome de stress post traumatique, mais là encore les définitions ne sont pas consensuelles.

Le « deuil traumatique » est défini par Bourgeois (2013 , p. 41), comme le deuil dû à une mort violente. Notons qu'il n'y a pas de distinguo dans cette définition entre le deuil traumatique et le deuil difficile.

Au vu de ce qui précède, le contexte général de la Covid-19 avec le risque de contamination, le climat anxiogène, la distanciation sociale et la modification des rites sociaux peuvent favoriser l'apparition d'un deuil compliqué voire traumatique notamment du fait de la possibilité de l'apparition d'un fort sentiment de culpabilité en lien avec la transmission virale par un proche. Si l'indispensable diffusion des informations au sujet des gestes barrières a permis de maîtriser la propagation virale, le sensationnalisme médiatique autour de l'identification de possibles « clusters » et des patients « zéro » a eu un impact sur la population, et plus particulièrement sur les personnes dont un proche est décédé de la Covid-19. En effet, les travaux historiques sur le deuil ont montré que le sentiment de culpabilité est fréquent dans ce processus. Dès lors, comment vivre son deuil lorsque la diffusion du virus passe nécessairement de proche en proche. Lorsqu'un proche décède d'un cancer, même s'il est toujours possible de se faire des reproches ou des auto-accusations par rapport à telle ou telle action qui aurait pu être faite différemment, la question de la transmission de la pathologie n'est généralement pas présente sauf dans de rares cas à forte prévalence génétique. Lorsqu'il s'agit d'un virus, cette question peut venir exacerber la culpabilité de l'endeuillé, compliquant ainsi le travail d'élaboration de la perte et de la culpabilité inhérente à cette dernière. S'ajoutent à ce sentiment de responsabilité les restrictions d'ordre sanitaire et l'impossibilité d'accompagner la personne aimée dans les derniers instants qui peuvent constituer des moments propices à de dernières confidences et des paroles déculpabilisantes pouvant aider les proches dans leur cheminement. À ce sujet, précisons également que pour les situations où des visites ont pu être organisées, le choix du ou des membres de la famille autorisée à voir le patient a pu être extrêmement délicat et lourd à porter pour le membre désigné ou auto-proclamé. En effet, ce choix mettait en lumière la place réelle et/ou symbolique de chacun dans le système familial, mais également les mouvements sacrificiels ou les pulsions d'autoconservation des uns et des autres. L'ensemble des situations de deuil en période Covid-19 mérite donc la plus grande

vigilance, du fait des spécificités des circonstances des décès et du risque d'évolution vers des symptômes dépressifs prolongés empreints d'auto-reproches et d'autodépréciation, mais également du risque de deuil traumatique.

Le deuil dans la CIM-10

Selon Compan, S. (2015 :63), dans la CIM-10, le deuil compliqué est classé dans les troubles de l'adaptation lié à un deuil. Le trouble de l'adaptation comprend : une humeur dépressive, une anxiété, une inquiétude, un sentiment d'incapacité à faire face, à faire des projets, ou à supporter la situation actuelle et une certaine altération du fonctionnement quotidien.

Il s'agit donc d'un état de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant habituellement les performances et le fonctionnement social, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou à un évènement stressant et ne persistant guère au-delà de six mois. Le deuil est simplement cité parmi les évènements source d'un tel état.

Au-delà des six mois, les troubles sont classées « réactions dépressives prolongées ». Dans les troubles de l'adaptation, on reconnaît davantage qu'une prédisposition ou une vulnérabilité individuelle joue un rôle plus important dans la survenue de ce trouble et de sa symptomatologie comparativement au diagnostic de « réaction à un facteur de stress important ». Par ailleurs, on admet que le trouble ne serait pas survenu en l'absence du facteur de stress en cause.

Le deuil pour le DSM-V : un syndrome dépressif

Dans le DSM V, le deuil compliqué est classé dans les troubles dépressifs majeurs lorsque les symptômes du deuil sont encore présents 15 jours après la perte quelles que soient les circonstances de la perte.

Le syndrome dépressif majeur est défini par au moins cinq des symptômes suivants (présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur et qu'au moins un des symptômes soit une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir): humeur dépressive, une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, une perte ou gain de poids significatif, une insomnie ou hypersomnie, une agitation ou ralentissement psychomoteur, une fatigue ou perte d'énergie, un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, une diminution de

l'aptitude à penser ou à se concentrer, la présence de pensées de mort récurrentes ou d'idées suicidaires récurrentes.

Les symptômes doivent induire une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

2.4 APPROCHE PSYCHOLOGIQUE DU DEUIL

La question du deuil a été longtemps mise de côté par les psychologues et les psychiatres, peut-être, justement parce qu'il s'agissait d'un phénomène considéré comme normal.

Le premier à avoir abordé la question sur un plan psychodynamique est Freud en 1917 suivi de près par M. Klein. Puis la seconde guerre mondiale et les pertes qu'elle entraîna ont suscité l'intérêt de nombreux pédiatres, pédopsychiatres, analystes d'enfants (A. Freud, D. Burlingham 1943 R. Spitz 1945 et J. Bowlby 1960), psychiatres (P. Clayton 1974 et Parkes en 1969), somaticiens (E. Lindemann 1944, C.G. Engel 1955), psychanalystes (D. Lagache 1938, 1956, G.H Pollock 1989).

▪ Psychodynamique du deuil

Il est classiquement retrouvé dans la littérature, un découpage artificiel du travail de deuil en différentes phases. Le nombre de phases identifiées n'est pas consensuel et varie en fonction des auteurs.

- Modèles conceptuels

Selon Freud (1917)

Freud décrit "le travail qu'accomplit le deuil" de la manière suivante:

- la confrontation à la réalité: celle de la perte de la personne aimée. Cette épreuve de réalité exige le retrait de toute la libido, c'est-à-dire l'énergie psychique investie sur un objet d'attachement, des liens rappelant le défunt
- la "rébellion compréhensible": liée à la nécessité d'abandonner la libido. Ce travail nécessite beaucoup d'énergie psychique et de temps durant lequel "l'objet perdu se poursuit psychiquement". Ainsi, progressivement le principe de réalité l'emporte dans le processus normal.
- et alors, "le moi redevient libre et sans inhibition" avec l'achèvement du travail de deuil

Bowlby, J. (1984, p.114) décrit 4 phases :

- phase d'engourdissement censée habituellement durer de quelques heures à une semaine
- phase de languissement et de recherche pouvant durer de quelques mois à quelques années
- phase de désorganisation et de désespoir
- phase de plus ou moins grande réorganisation

Hanus, M. (1994, p.95-101) décrit 3 étapes à savoir :

- une phase initiale de « choc » durant laquelle le sujet est saisi par la stupéfaction, l'incrédulité qui traduit un déni défensif.
- une phase centrale de dépression réactionnelle
- une dernière phase dite de résolution marquée par l'acceptation de la perte du mort.

Fauré, C. (2012, p.32) décrit 4 phases :

- phase de choc/sidération/déni, cette phase doit être inférieure à 3 semaines -1 mois
- phase de fuite/recherche, cette phase dure entre 6 et 10 mois.
- phase de déstructuration, qui est une phase d'aggravation apparente du deuil.
- phase de restructuration

Broca (1987, p. 59) en décrit 4 qu'il nomme encore différemment et Kubler-Ross(1986, p. 102), psychiatre helvético-américaine en décrit 5...

Enfin, si le nombre de phases par lequel les auteurs découpent le travail de deuil est variable, tous s'accordent toutefois sur deux points: d'une part ce découpage est artificiel et ne constitue pas un processus linéaire. Parkes rappelle que le processus de deuil est fait de ruptures, de progressions rapides et de retour en arrière. Fauré (2012, p.32). Et d'autre part, les mécanismes suivants se retrouvent dans tout travail de deuil quel que soit la phase dans laquelle on les fait figurer et quel que soit l'intensité de chacun.

- **Les mécanismes du deuil :**

- ❖ Le déni : C'est la période qui suit immédiatement l'annonce du décès.

Ce temps correspond à la réaction de refus, la sidération, en témoigne la formulation de phrases telle que « non, ce n'est pas possible, ce n'est pas vrai, je ne peux pas y croire ! ». Tout se passe comme si le sujet pensait que son refus de la réalité allait annuler l'évènement. Ces mots s'accompagnent souvent de cris venant témoigner d'une défense immédiate et instinctive

par une attitude régressive (Comme s'il suffisait de crier pour faire apparaître près de nous la personne disparue qui nous est chère, comme l'enfant fait réapparaître sa mère par ses pleurs).

Ces cris comme les pleurs permettent aussi une première décharge des affects pénibles qui témoigne du franchissement d'une étape. Cette phase est bien entendu vivement influencée par la brutalité de la perte, son caractère inopiné ou bien au contraire son caractère attendu. Le refus s'exprime et, en même temps, les éléments du tableau de choc témoignent que la réalité est bien perçue.

On observe pendant cette période des mouvements régressifs « normaux ». Pour Bayle, G. (1994, p.111) « l'hémorragie libidinale » qui fait suite à la perte d'un être cher nécessite pour le sujet de créer une néoformation du Moi qui maintiendra la croyance que l'être aimé n'est pas mort. Cette néoformation qui formera une sorte de « bouchon » contre cet excès de perte libidinale constitue un clivage du Moi qui devra être entretenu par d'importants efforts. C'est la période du déni. L'énergie psychique toute dévouée au déni pourra provisoirement ne plus maintenir aussi bien les désirs refoulés, en résultera une excitation du Moi pouvant prendre des aspects régressifs. Il faut, toujours pour cet auteur, respecter ces formations du déni de la perte et ne pas tenter d'en faire le forçage interprétatif. Bayle, G. (1994, p.110) note que cette phase de déni est collective dans l'immédiateté du décès, il l'illustre par ces phrases prononcées au présent au sujet du défunt telles que «il ne souffre plus », « il repose en paix ».

Lors de cette période, les manifestations somatiques sont fréquentes (tachycardie, hypotension, oppression thoracique, gêne respiratoire mais aussi troubles du sommeil, de l'appétit, du désir sexuel ou encore décompensation de pathologies chroniques : crise d'angor, poussée de rectocolite hémorragique, de polyarthrite rhumatoïde...etc. Hanus, M. (1994, p.103).

Ce déni initial peut perdurer quelques temps selon Fauré (2012, p. 55), qui rapporte le cas de ces veuves revenues le lendemain dans le service hospitalier où leur époux était décédé, pour lui rendre visite, comme si de rien n'était. Enfin, cette période peut durer mais ne doit pas dépasser trois semaines-un mois.

Cette phase peut également amener ce sentiment de surprise de voir la capacité d'un proche endeuillé à accuser le coup des événements avec une (relative) distance.

❖ La recherche du défunt :

L'endeuillé va ensuite déployer toute son énergie à rechercher son proche perdu, il veut qu'on lui parle de lui, il s'entoure de ses objets ou de ceux qui lui sont communs, de son cadre

familier et de ses souvenirs. Il est également possible de retrouver au cours de cette phase des phénomènes hallucinatoires qui sont relativement fréquents. Il ne semblerait pas que la présence d'hallucinations soit nécessairement l'indice de complications ultérieures. Hanus (1994 : 103).

J. Bowlby parle d'illusions perceptives qui sont le résultat de la tendance de l'endeuillé à interpréter tout signal ou perception comme provenant du défunt. Les rêves également vont permettre cette réunion illusoire bien qu'aussi dérisoire et insatisfaisante.

❖ La colère :

Sa fréquence et son importance sont probablement sous estimées car il est rare de voir ce sentiment s'exprimer ouvertement toutefois, toute frustration importante ne peut qu'en déterminer la survenue. Cette colère est en réalité dirigée contre la personne perdue à qui nous reprochons de nous avoir abandonnés, ce qui rend ce sentiment particulièrement pénible.

L'expression de cette colère amène plusieurs difficultés : cette colère pourrait nous donner le sentiment d'empiéter sur l'affection que l'on porte au défunt et pourrait amener les autres à douter de la profondeur de notre amour, mais elle nous met également face à des sentiments hostiles qui pourraient nous faire ressentir quelque peu responsable de sa disparition (ce que nous pensons toujours inconsciemment)

Cette colère subit alors un déplacement contre la personne propre de l'endeuillé ou sera dirigée ailleurs.

❖ La culpabilité

Pour Hanus (1986, p. 89) en accord avec les auteurs de son temps, des sentiments de culpabilité sont toujours présents, conscients ou inconscients en lien avec l'ambivalence existante de toute relation. D'ailleurs pour lui, le respect des morts est directement lié à l'affliction provoquée par leur disparition mais également lié à la crainte qu'ils inspirent « les morts sont des persécuteurs puissants » disait Freud (1917), dans *Totem et Tabou*. Les mauvaises intentions qui leur sont prêtées sont l'exact reflet des sentiments ambivalents et de la culpabilité inconsciente des survivants.

Pour l'inconscient, la mort n'est jamais naturelle et nous nous en considérons toujours comme responsables. Ainsi, Hanus met ces sentiments de culpabilité à l'origine de la plupart des deuils compliqués. La culpabilité amène à porter sur soi des jugements d'une extrême dureté entraînant une vision très négative de soi et une altération de l'estime de soi. La tradition judéo-chrétienne traduit bien ces sentiments avec l'idée de faute « j'ai fait une faute, je dois donc

payer ». Cette culpabilité ne sera bien-sûr pas la même en fonction du contexte du décès et la mort par suicide en est fortement pourvoyeuse.

❖ Identification, incorporation

Pour Freud, le travail de deuil s'accompagne d'une intériorisation de l'objet perdu qui va jusqu'à l'identification. D'où l'apparition chez certains endeuillés de gestes, mimiques, intonations ou habitudes repris du défunt. Parfois cette identification est provoquée.

Hanus parle lui aussi d'une phase d'identification au défunt, identification positive lorsque les capacités physiques, morales, spirituelles de l'endeuillé se trouvent renforcées, identification négative lorsque celui-ci reprend les symptômes de la maladie qui a emporté son proche. Habituellement on retrouve les deux même si une tendance l'emporte sur l'autre. Ces identifications seraient induites par la nécessité de conserver pour un temps une survie psychique de l'objet perdu.

Pour Hanus, cette phase d'identification est d'ailleurs un mode de transmission entre les générations d'une importance comparable, même si elle est méconnue, à celle des facteurs génétiques et des acquis de l'éducation.

Selon Abraham & Torok (1999, p.74), dans « *L'écorce et le noyau* », le traumatisme de la perte induit une incorporation de l'objet perdu dans le moi. L'incorporation, contrairement à l'introjection, suppose la perte d'objet. Le Moi sera alors partiellement identifié à l'objet incorporé rendant possible une certaine temporisation en attendant de redistribuer les investissements. L'endeuillé se donne ainsi le temps d'élaborer les effets de la rupture. L'intériorisation est donc un prélude au désinvestissement.

Pour Lagache, les sociétés cannibales qui tentent d'incorporer de cette façon les vertus de leurs parents ou de leurs ennemis illustrent le concept d'introjection défini par S.Ferenczi. Ce processus psychique permettrait à l'endeuillé de faire passer du « dehors » au « dedans » les qualités inhérentes à l'objet perdu et ainsi à ne plus avoir besoin d'un élément ou du symbole du disparu pour en conserver la mémoire.

❖ La dépression

La phase centrale du deuil est caractérisée par un authentique syndrome dépressif qui peut durer des mois voire davantage. Pour éviter les confusions de langage, certains auteurs anglo-saxons ont préféré parler de dépression que de syndrome dépressif qui serait, pour eux, du domaine des complications du deuil.

Quoi qu'il en soit, on retrouve durant cette période toute la clinique de l'état dépressif : la dépression de l'humeur, la douleur intérieure, le désintérêt pour soi-même et le monde ambiant (pour tout ce qui n'est pas le disparu), une absence de gout, d'élan, de désir, un fonctionnement mental difficile et pénible entraînant une aboulie et un repli sur soi.

C'est en (1917, p. 18) que Freud fait apparaître le deuil dans le champ de la psychiatrie avec « Deuil et mélancolie » pour lequel il s'est fortement inspiré de l'œuvre de K. Abraham. Il y définit le deuil comme « *une humeur douloureuse faisant suite à la perte d'un être aimé à laquelle s'associe un désintérêt pour le monde extérieur, une perte de la faculté de choisir un nouvel objet d'amour et l'abandon de toute activité qui ne soit pas en rapport avec le souvenir de l'absent* ».

De ce fait, l'endeuillé ne peut que reprocher au défunt de l'avoir abandonné, il met en doute sa bonté et sa valeur et éprouve à son égard de l'agressivité, en particulier de la colère. Pour se protéger de ces émois négatifs, il a recours à l'idéalisation de l'être perdu. M. Hanus avance que la douleur morale serait alors partiellement due à une forme d'autopunition pour ressentir ces sentiments négatifs à l'encontre de l'objet perdu. Le désintérêt pour les autres s'inscrirait dans une sorte de mouvement de contamination entre le disparu et tous les autres objets extérieurs, ceux-ci sont ressentis comme discutables, médiocres mais surtout comme également périssables et susceptibles de m'infliger un jour ou l'autre le même abandon. Cette mort qui frappe notre proche peut donc aussi frapper les autres que nous aimons mais aussi, notre propre personne. La mort de l'autre n'est donc pas sans nous renvoyer à notre propre mort et du coup à la question du sens de la vie comme en témoigne cette citation de Jankélévitch (1982, p.76) : « *La mort ébranle rétroactivement la finalité de la naissance, et en général l'utilité de la minuscule promenade que la vie nous a fait faire dans l'éternité du néant. La mort nous fait douter de la raison d'être de l'être, et tôt ou tard chuchote à l'oreille de l'homme « Ah quoi bon ?* » Les idées suicidaires peuvent donc apparaître au cours de cette période.

Parkes (1970, p.58) a divisé cette période en deux temps : une première de nostalgie au cours de laquelle les souvenirs sont repris un à un (nous détaillons juste après cette phase) et une seconde de désorganisation. Cette phase de désorganisation (ou déstructuration selon C. Fauré) peut donner une impression d'aggravation de la thymie mais elle serait finalement normale. Et ce d'autant que cette phase atteint son paroxysme entre six et dix mois après la mort.

Cette phase de dépression a pour rôle essentiel de permettre à l'endeuillé de se détacher de celui qui est parti, ce travail de désinvestissement ne peut se faire sans cette période de remémoration des souvenirs. C'est l'étape de l'épreuve de réalité comme l'ont appelée Freud et Klein.

❖ Se souvenir pour mieux se détacher

Pour S. Freud, le travail de deuil consiste à soustraire sa libido de ses attachements à cet objet perdu. Il attribue le temps nécessaire à ce travail à la résistance naturelle du sujet qui n'abandonne pas une position libidinale. Durant cette période, le sujet reprend et réinvestit chacun des souvenirs et des espoirs qui liaient la libido à l'objet. Puis « *le respect de la réalité finit par l'emporter* ».

Pour Hanus certains souvenirs doivent revenir plusieurs fois à la conscience avant d'être abandonnés. C'est dans l'évocation de ces souvenirs et dans le travail du rêve que se produit l'intériorisation de toutes les représentations de l'objet perdu qui permet ensuite de s'en détacher. Ainsi au début du deuil, on retrouve parallèlement un désinvestissement de l'objet réel mais aussi un surinvestissement objectal et narcissique de l'objet interne. Le grand risque de cette période est l'isolement pour mieux penser à l'autre.

❖ La reconstruction

La dernière étape du deuil serait donc le rétablissement, encore appelée réorganisation, récupération, résolution, guérison ou restitution.

Selon le modèle cognitif du deuil de Parkes, la perte d'un être cher impose d'opérer une révision cruciale de représentations de soi-même et du monde, la difficulté résidant dans le décalage entre un monde interne organisé selon une structure qui tient compte du défunt et un monde extérieur où l'être aimé est absent.

Celle-ci débute lorsque le sujet est capable de ressentir de nouveaux désirs et de les exprimer. Cette période se manifeste par des changements de cadre d'existence et la mise en place de nouvelles relations sociales. Sur un plan concret, l'endeuillé va se séparer progressivement de objets personnels du défunt, gardant seulement ceux qu'il considère comme particulièrement évocateurs et significatifs.

Il faut toutefois être vigilant car nous savons qu'il peut exister de nombreuses tentatives d'investissement prématurées et précipitées. L'objet du deuil trouve alors un objet de remplacement qui va venir arrêter le travail de deuil mais ne signe pas sa terminaison. Ce nouvel

objet est alors substitutif et permet de continuer à vivre la même relation même si l'objet est différent. L'Autre n'y est pas reconnu vraiment pour lui-même.

Le travail de deuil aurait pour finalité, à la fois de se séparer de la personne perdue et de modifier les relations intérieures avec elle et même après un deuil normal, il existe une certaine reviviscence des souvenirs accompagnée de tristesse et si le Moi redevient libre, il ne redevient pas comme avant.

➤ **Que perdons-nous lors d'un deuil ?**

La perte : une expérience douloureuse, mère de la vie psychique

Harlow (1958, p. 52) avance que la menace de séparation est un organisateur fondamental du développement de l'enfant car un petit qui se séparerait de sa mère aurait toutes les chances de se faire dévorer : la peur de séparation préserve donc le petit.

Pour Freud (1923, p.98), la séparation est à l'origine de la naissance de la vie psychique. Le désir et la représentation de l'objet naissent de l'absence de cet objet qui amène très vite le sujet à réactiver les traces mnésiques de ses expériences. C'est la théorie qu'il développe dans « Totem et tabou » : la naissance de la vie psychique de notre ancêtre primitif aurait commencé à la vue du cadavre de la personne aimée qu'il venait de tuer.

Hanus (1994 : 194) soutient également cette position, pour lui l'expérience de perte est fondatrice de la vie psychique car elle oblige à recourir à ses représentations intérieures.

Il pense ainsi que le deuil ne présente pas que des aspects négatifs et il ajoute à ce premier point le potentiel du deuil à être source de remaniements qui pourront se révéler facteurs de croissance et moteur de sublimation. Il s'appuie pour cela sur les considérations de certains artistes et écrivains qui voient leur processus de création comme un des destins du travail de deuil, il cite ainsi le chant pour des enfants morts (kindertötenlieders) de Gustave Mahler ou encore le Taj Mahal. Notons qu'il y voit également une modalité de transmission Trans générationnelle.

De cette observation, certains auteurs tels que Neimeyer (2004) ont créé le concept de « croissance post-traumatique après un deuil » Certains citent en exemple Darwin qui avait perdu sa mère alors qu'il n'était âgé que de 8 ans. (Fasse, L., Sultan., 2014 ; p. 295-311).

Par ailleurs, toute mort n'entraîne pas un deuil, il faut pour ce faire que l'être perdu ait de l'importance pour celui ou ceux qui le perdent et qu'ils aient les uns et les autres des liens

d'attachements serrés. L'essentiel du deuil est donc bien dans l'attachement et la perte. Hanus (1994 :13)

2.5 APPROCHE ETHNOPSYPCHANALYTIQUE

L'ethnopsychanalyse se situe au croisement de l'ethnopsychiatrie, la psychanalyse, l'anthropologie culturelle, le culturalisme, la psychologie des peuples, la psychiatrie transculturelle, l'anthropologie psychanalytique. Ce terme renvoie principalement à l'œuvre de Georges Devereux, mais aussi à Géza Róheim dont l'œuvre constitue une partie essentielle de l'anthropologie psychanalytique et ainsi les *prémices* de l'ethnopsychanalyse.

Au niveau clinique, l'ethnopsychanalyse présente l'intérêt de prêter une méthodologie à l'analyse des représentations culturelles en tant que ces dernières participent au développement, à la structure et au fonctionnement de l'appareil psychique.

- **La perspective de Devereux**

Devereux père de l'ethnopsychiatrie tel qu'elle se présente aujourd'hui. Il s'inspire de la psychanalyse et de l'anthropologie car tout comme son prédécesseur Roheim (1943), tout homme à une culture. Mais dans sa théorie, il observe comme principe de base, le principe de l'universalité du psychisme. Ici, il cherche à donner un statut à tous les êtres humains tant sur le plan éthique que scientifique, en rapport à leur psychisme et la culture. Dans cette perspective, l'universalité se résume juste à des approximations. Ainsi, malgré la pluralité des cultures on en trouve tout de même une certaine ressemblance partagée par toute la communauté. (Rouchon, 2007)

De ce principe de base reliant les différences au même niveau, Devereux met sur pied une méthode qui va dans le même sens : le complémentarisme. « *Le complémentarisme n'exclut aucune méthode, aucune théorie valable, il les coordonne* » (Devereux, 1972, p. 27). Mieux, "*tout phénomène est redevable d'au moins deux explications, une explication psychologique et une explication ethnologique. Mais cette double démarche ne peut être menée simultanément*" Laplantine (2002). Cette méthode rend compte de ce que certains phénomènes humains nécessitent une double analyse obligatoire qui ne peut être tenue simultanément. Ainsi, en ethnopsychiatrie tel que l'appréhende Devereux, il est obligatoire de tenir compte de deux discours (anthropologie et psychanalyse) mais de manière non simultanée. Dans cette lancée, il devient alors possible de complémentariser l'analyse ethnologique d'un fait par une approche psychologique mais on ne peut pas les réduire l'une à l'autre. (Rouchon, 2007)

Dans la pratique clinique, Devereux (1978) met sur pied 3 types de thérapies en ethnopsychiatrie ;

- thérapie intraculturelle : le thérapeute et son patient appartiennent à la même culture. Mais le thérapeute tient compte des dimensions socio-culturelles des troubles du patient et du déroulement de la thérapie ;
- thérapie interculturelle : ici, bien que le patient et le thérapeute n'appartiennent pas à la même culture, le thérapeute connaît bien la culture de l'ethnie du patient et l'utilise comme levier thérapeutique ;
- thérapie métaculturelle : le thérapeute et patient appartient à deux cultures différentes mais il comprend en revanche, le concept de culture et l'utilise dans l'établissement du diagnostic et dans la conduite du traitement ;

Au vue de ce qui précède, la thérapie métaculturelle plus aboutie et plus privilégié nécessite juste « *une reconnaissance systématique de la signification générale et de la variabilité de la culture, plutôt que sur la connaissance des milieux spécifique du patient et du thérapeute* ». (Devereux, 1969 ; Moro, 2004 ; Rouchon, 2007).

- **La structuration de la personne-personnalité : les Constituantes de la personne-personnalité**

Sow (1977) tente de résoudre un problème, celui des dimensions constituantes de la personne selon la tradition africaine. Il n'est pas question pour lui, de voir les différentes ou diverses appréhensions culturelles de l'homme, mais plutôt de voir l'essentiel de toutes ces appréhensions. Il en ressort que le psychisme renvoie à une structure personne-personnalité dont les dimensions sont :

- le corps ou enveloppe culturelle ;
- les principes vitaux (variant selon les cultures) qui sont constitués du physiologique et du biopsychosocial ;
- le principe spirituel (non périssable).

Le principe spirituel se déplace pendant le sommeil ou alors après la mort pour aller au lieu des ancêtres. Son départ est la conséquence de l'altération des principes vitaux et non la cause. Il est la ressemblance de l'ancêtre en nous, une sorte d'intelligence qui peut nous mettre en contact avec lui. Le deuxième principe vital peut être détruit ou du moins atteint par la

sorcellerie ; mais la dégradation du premier entraîne la mort. L'Ego ou personne-personnalité, est constitué de :

- l'esprit proprement dit ;
- du Principe vital ;
- du Principe biophysique ;
- du Corps ou enveloppe corporelle.

Il schématise les dimensions constituantes de la personnalité toujours selon la conception traditionnelle de la manière suivante :

- corps ou enveloppe : en relation avec le pôle communautaire et qui serait le terrain du maraboutage ;
- principes vitaux en relation avec le pôle familial, l'être biologique. C'est le pôle de la sorcellerie ;
- principe spirituel en relation avec le pôle ancestral et qui serait la source du type de troubles les plus graves parce que procédant du désordre le plus important et le plus fondamental avec l'Être, le Verbe, la Loi de l'Ancêtre ;

Nous avons vu que selon la conception traditionnelle, l'homme en tant que personne individuelle concrète, est situé et solidement amarré dans un univers panstructuré (microcosmos, mésocosmos, macrocosmos). En un tel contexte anthropologique, la cause et l'effet du trouble mental et/ou somatique se rejoignent dans ce qui :

- affecte la dimension verticale de l'être « la relation à l'ancêtre et à Dieu » et rompt ainsi l'identité profonde du sujet (remaniement de type psychotique pouvant tout aussi bien en fin de compte, aboutir à l'édification d'une personnalité nouvelle) ;
- affecte la dimension horizontale de l'expérience existentielle et provoque le malheur (existence d'échec de type névrotique ou dévitalisation progressive des principes fondamentaux de la personne).

Il va donc de soi que « La conception africaine de la relation est une conception totalisante et dynamique ». Autrement dit, on ne saurait s'intéresser au problème de personne-personnalité, si l'on ne mène une « *étude approfondie de la formation des croyances et mentalités collectives ainsi que, de manière plus générale, de celle de l'imaginaire collectif* ».

Ceci dit, au regard du traitement des dépouilles en ces temps de COVID-19 dans le monde en général et au Cameroun en particuliers, il est important de noter que la compréhension

et l'appréhension doivent dépasser les simples tableaux cliniques, et doivent s'ouvrir à l'anthropologie du sujet, de la famille c'est-à-dire qu'elles doivent intégrer la valeur du mythe et des symboles par exemple ; et aussi celle du génie, de l'ancêtre, du lignage, de la communauté ; ainsi que le sens du mal.

Par ailleurs dans la thérapie africaine, il faut toujours prendre en compte les paramètres sexe et âge. Car la sexualité et ou la virilité du garçon, est d'abord celle du groupe avant d'être celle de l'individu. C'est dire une fois de plus toute l'importance de la communauté dans la compréhension du mal être, et ceci laisse voir que « le problème qui demeure toujours est celui de l'altérité ».

- **Les repères socioculturels de l'expérience de soi en milieu traditionnel Africain (Sow 1978)**

D'emblée, l'Afrique noire est dotée d'une très grande diversité socioculturelle et occupe sur les plans géographique et humain pratiquement toute la partie sub-saharienne du continent africain. Cette diversité de culture négro africaine amène à dire qu'il existe une pensée africaine originale tirant ses principes des mythes et des symboles ; De plus on ne peut donc concevoir une psychologie et à plus forte raison, une psychopathologie en Afrique sans se référer aux structures anthropologiques de l'expérience de soi dans les étapes de la vie traditionnelle.

Ainsi, la personne africaine est premièrement, un système clos s'opposant au monde extérieur, l'individu ne pouvant se concevoir qu'en étroits rapports avec tout ce qui l'entoure ; Et secundo, la personne-personnalité africaine n'est pas un système « *achevé* » ; car l'être humain en tant que tel est en perpétuelle structuration ou développement constructif.

Au niveau psychologique et psychopathologique, les difficultés et contradictions sont toujours actuelles, conçues dans le cadre d'un développement incessant, car l'individualité est en devenir dans une existence vécue comme un déploiement ordonné. C'est ce qui explique que le statut de personne pleine n'est réellement acquis qu'avec la vieillesse qui se rapproche de l'ancestralité. Par ailleurs, seule une anthropologie envisageant la personnalité comme un système vivant des rapports sociaux comme système d'interaction avec l'ordre du symbolique permet d'appréhender l'expérience africaine de soi.

Au-delà des grands repères entrant dans l'expérience de soi et dans la construction de la personne-personnalité africaine, l'homme est imprégné par un monde plein, jalonné de signifiants multiples, visibles et invisibles pénétrant la vie de toute part. Mais aussi, les

croyances, traditions et valeurs ancestrales communes apparaissent comme les éléments fondamentaux permettant de délimiter les étapes par lesquelles l'individu accède à l'être plein. C'est ainsi que la mort d'un parent par exemple, la fin d'une génération, peut être vécue comme des occasions de renouvellement pour les vivants.

En définitive, l'expérience se construit à travers une initiation, des rites initiatiques, une vivification sur les plans collectif et individuel en : des intérêts sociologiques, existentiels, intellectuels et métaphysiques. Ainsi, l'homme africain n'a de valeur que lorsqu'il est intégré dans son environnement culturel, qui régit et définit son fonctionnement psychique ses rapports avec l'extérieur. Voilà pourquoi l'individu et la société forment une chaîne interrompue d'agencements ; Et la personne est définie par rapport à sa communauté d'appartenance dans laquelle il y'a déjà un certain ordre établi par les autres qu'il doit respecter. Pour ainsi dire, la folie ou le trouble psychique ne survient que lorsqu'il y a violation de cet ordre dans la communauté.

- **Symboles originels et dynamiques de la personne-personnalité en Afrique**

Les thèmes manifestes et constants de la vie quotidienne africaine comme la persécution, l'agressivité d'un tiers extérieur se retrouve dans l'imaginaire collectif ou mythe. Pour que nos sociétés se mettent en place et se hiérarchisent, pour que la culture naisse, il a fallu au départ une situation de violence. Si les actes et séquences rituelles sont ordonnés c'est pour commémorer les actes de l'ancêtre racontés dans les mythes.

Nous comprenons donc ainsi l'importance du sacré dans la culture et la pensée des Africains car elle permet de saisir les rapports intimes entre certains thèmes traditionnels et la représentation de la folie ou encore du deuil rappelant les temps primordiaux, chaotiques, pré culturels. Pour les Africains il existe des choses et des êtres qui ont une place réelle et importante, un nom dans la hiérarchie des représentations culturelles et donc dans un univers ordonné.

Pour l'Africain, l'ordre, la paix sociale et individuelle signifient que l'on est en paix et en ordre avec les ancêtres. La folie est comprise comme la rupture et le désordre ou plus exactement la désacralisation du sacré. Soulignons que ce qui s'apparente à la confusion et au désordre relève de la dimension du tragique (malheurs, deuils...) qui conduit au trouble de la

personnalité. Il existe un lien entre la rupture et le désordre tout entier de l'univers au moment de sa création.

De ceci découle que nous ne comprendrons jamais la folie si nous ne rentrons pas dans les symboles originels c'est-à-dire à tout ce qui est sacré dans les représentations culturelles originelles de l'individu parce que selon les gardiens de la tradition, le symbole contenu dans le mythe est la vitrine du savoir sacré qui transparaît lorsque se déroule des rites spéciaux. Ainsi le mythe est un patrimoine culturel qui regorge de multiples significations symboliques originelles. C'est là qu'interviennent les séances mystico-rituelles pratiquées lors des séances thérapeutiques collectives pour rétablir l'ordre dans la personne touchée. Ainsi nous comprenons combien la culture unit les hommes, tout en les protégeant de la désintégration du soi et donc de la folie.

Lorsque dans un contexte anthropologique africain survient la mort, c'est dire qu'à un moment donné dans les relations avec l'autre il y a eu conflit, une communication manquée ou une agression nous rappelant le symbole de la rupture. Nous comprenons que le mythe est un ensemble cohérent de signifiants qui est une matérialisation de la réalité totale appelée Signifié. De là se dégagent trois thèmes symboliques qui sont l'éloignement (celui de Dieu et de l'ancêtre) ; la médiation qui est la communication médiée avec l'être et le thème du message manqué ; et l'extériorité qui exprime un rapport de distance avec l'être. Nous comprenons ainsi que la hiérarchisation, la différenciation et la médiation sont les garants de l'ordre culturel communautaire.

- **Angoisse de persécution et interprétation persécutive**

La persécution colore toute la psychiatrie africaine ; et est l'explication de tout ce qui trouble l'ordre, désorganise les relations, atteint l'individu dans son être physique mental ou spirituel. Toujours explicité dans les névroses, souvent même dans les maladies psychosomatiques et dans les situations vécues de façon douloureuse (deuil) elle est éprouvée par l'individu malade, endeuillé et proposé par sa famille ou son entourage voire par des guérisseurs.

Trois modèles d'interprétation persécutives sont offerts par les sociétés Wolofs, Lébous et Sérère au Sénégal :

- La possession par les rabs (catégorie religieuse : culte des esprits ancestraux);
- Maraboutage (magie) ;
- Sorcellerie (anthropophagie imaginaire)

Le sorcier agit la nuit en rêve. Son âme de rêve ou son double s'envole dans les aires peut se transformer en forme humaine ou animale et par en chasse cherche qui dévorer. Le fantôme de dévoration comporte deux thèmes :

- Le double du sorcier de manière invisible dévore le double de sa victime.

Le sorcier invisible vide de l'intérieur la personne dont il dévore le double. Il mange son fit (foi et composante de la personne : force vitale énergie organisée et courage). Le sorcier peut aussi atteindre l'individu à travers l'ombre de celui-ci projeté sur le sol ou par la trace de ses pas ou simplement par un regard, par un geste qui l'effleure. La victime dévitalisée meurt au bout de quelque temps.

- Le repas anthropophagique

Il consiste en la réunion, après la mort de la victime du sorcier de s'associer dans la nuit, sur des arbres ou à un carrefour pour manger ensemble la chair des victimes. Par ce repas humain partagé, les associés contractent une dette qui les introduit dans un cycle sans fin qu'ils payeront de leurs vies s'ils ne peuvent à leur tour offrir une ou des victimes. Il semble donc que la sorcellerie constitue un doublet fantasmagorique de la société régie comme elle par réciprocité des échanges mais avec une fonction inversée. La menace d'attaque par les sorciers est permanente, imprévisible et peut atteindre n'importe qui et n'importe qui peut également être soupçonné d'être sorcier.

Dans la tradition africaine toute mort suppose l'intervention de puissance persécutrice et donc exige le recours aux rites traditionnels de guérisons ou de propitiation. Dans les sociétés traditionnelles africaines l'accent est mis sur l'importance de la religion des ancêtres qui propose une solution rituelle aux problèmes. Elle fait voir dans l'occurrence du mal un signe divinatoire ; elle relève également dans les origines de la vie la source d'une autorité qui unit les vivants et les morts dans une même communauté transmise de génération en génération.

2.6 APPROCHE RELIGIEUSE

La mort est un invariant qui n'a jamais cessé d'évoluer. C'est à la fois un moment devant lequel on ne triche pas et une séquence entourée de mystère Traditionnellement conçue comme ouvrant sur l'au-delà, elle a suscité tout un réseau de gestes d'accompagnement. Bien que variables suivant les temps et les lieux, ces rituels constituent le corpus de base de toute réflexion sur la mort.

Le moment de la mort correspond pour le chrétien au jugement particulier de l'âme où se détermine son destin éternel en fonction de son acceptation ou non de l'amour de Dieu en pleine conscience. « Le christianisme considère la mort comme un scandale, le fruit des limites de l'homme et de son péché. C'est seulement parce que le Christ a passé à travers la mort et est ressorti vivant (la résurrection) que l'homme peut à son tour en être libéré. Même quand le chrétien est tenté d'adopter une conception de l'âme spirituelle héritée de Platon, il maintient, contrairement à ce philosophe, que l'immortalité n'est pas naturelle à l'homme et ne peut être qu'un don de Dieu. C'est ce Dieu qui donne à l'être humain le commencement de son existence et celui-ci n'existe qu'aussi longtemps que Dieu qu'il existe. (...) ».

Pour le christianisme, Dieu a envoyé son fils, le Christ, vivre notre condition humaine, entrer dans notre histoire pour nous conduire, par ses actes dans l'amour les uns des autres, vers l'amour de Dieu en passant de la mort à la vie.

En conséquence le corps d'un homme, même inanimé, même privé du moindre souffle de vie est digne. Non seulement le corps a été le support singulier d'une vie biologique, affective, intellectuelle, mais il a aussi été le temple de l'Esprit-Saint. Le corps d'une personne n'est pas simplement le support provisoire de l'âme, c'est un instrument vivant conjoint à Dieu. Lorsqu'un chrétien catholique est hospitalisé, il peut par l'intermédiaire de sa famille ou du personnel soignant faire appel au service de l'aumônerie pour être soutenu spirituellement. Quand la fin de vie est présagée, à sa demande ou celle de sa famille, il peut recevoir les sacrements prévus pour ce temps-là : l'Eucharistie ou communion, les sacrements des malades (le Christ ressuscité nous rejoint dans ce temps difficile pour nous donner sa force et son espérance), le viatique (la dernière communion avant le passage), lecture de la Bible. Il est vrai pour tous les chrétiens, la mort est synonymes d'entrée dans la plénitude au royaume de Dieu.

Pour l'islamisme, en terre d'Islam, l'agonie est vécue comme une épreuve prescrite par Dieu, mais aussi comme une chance offerte pour se parfaire avant de rejoindre l'autre monde. Le rôle de l'entourage consiste à aider le mourant à admettre la réalité de son état et à s'y résigner. Les femmes se chargent du bien-être physique du malade, les hommes le soutiennent sur le plan moral et spirituel. La tradition veut que celui qui s'en va soit très entouré. En cas de souffrances intenses, les autorités religieuses recommandent le recours aux analgésiques puisqu'ils permettent à la personne de se libérer des désagréments du corps pour mieux se consacrer à sa purification intérieure. Le musulman est moins angoissé par l'imminence de la mort que par le risque de mourir seul, isolé. Aucun musulman ne doit mourir sans une présence religieuse.

Lorsque le décès est pressenti, les soignants informent les proches. Un parent donne un verre d'eau ou quelques gorgées seulement si l'agonisant a quelques difficultés à déglutir, afin de le purifier intérieurement. Parfois, il pose une cuillère de miel dans sa bouche et sur son nombril avant de pincer fortement un doigt de ses pieds pour que sa mort soit plus douce selon les traditions familiales.

Après l'avoir aidé à se tourner vers La Mecque en lui tenant l'avant-bras, le coude posé sur le lit et l'index désignant le ciel, on répète avec lui la profession de foi islamique. A ces derniers instants, les proches embrassent l'agonisant sur le front et sur l'épaule tout en lui demandant de les pardonner des fautes qu'ils ont commises envers lui. Sa dernière pensée doit être pleine de confiance en la bonté de Dieu.

Après la mort, les yeux du défunt sont fermés et on recouvre entièrement le corps d'un drap, des prières sont lues.

Au vue de ce qui précède, il est à noter que vivre ses derniers instants de maladie entourés de ses proches est important à la fois pour le malade que pour les membres de la famille. Ainsi, appartenir à un groupe religieux augmenterait pour ceux qui reste l'accompagnement des proches du défunt.

Les observations de Parkes (1972) avec des veuves ont indiqué que l'appartenance religieuse n'avait pas d'influence notable sur l'allure de l'évolution du deuil. Plusieurs autres auteures ayant abordé le sujet du deuil ont pour certains rejoint l'idée de Parkes et d'autres au contraire ont trouvé contradiction.

Prise ensemble, la religion pourrait influencer le deuil par l'intermédiaire de deux processus :

- Tout d'abord, elle pourrait fournir un système de croyances et de perspectives qui permettent à la personne de faire face aux crises de vie en général et à la mort en particulier.
- Deuxièmement, la pratique religieuse pourrait être associée à une intégration dans un réseau social ou une communauté (McIntosh et al., 1993; W. Stroebe & Stroebe, 1987).

Ellison (1994) explique que l'engagement dans une communauté religieuse permettrait d'avoir un meilleur soutien social en élargissant le réseau social qui serait également plus dense. La personne assisterait aux services religieux en même temps que d'autres personnes qui partageraient les mêmes croyances et valeurs.

De plus, certaines institutions religieuses mettent sur pied des programmes d'aide aux personnes endeuillées. Il est enfin possible que les personnes croyantes perçoivent leur soutien social comme plus fiable et satisfaisant que d'autres parce qu'elles partageraient les mêmes valeurs que leur réseau social.

Dans le cadre de notre étude, les proscriptions dû à la covid-19 sont allées jusqu'à sursoir les cérémonies religieuses autour des dépouilles qui selon le christianisme est un aspect digne des adieux à la dépouille car le corps d'un homme, même inanimé, même privé du moindre souffle de vie est digne. Nous allons convoquer dans la suite de notre travail les travaux des différents auteurs qui ont évoqués par le passé un ou plusieurs aspects de la problématique que nous souhaitons résoudre.

CHAPITRE 3: FONDEMENTS THEORIQUES DE L'ETUDE

3.1 CLARIFICATION DES CONCEPTS

Dans cette partie, il est question d'élucider les concepts clés de notre étude :

Traitement des dépouilles, retentissement psychologique, traumatisme, signifiants culturels, travail de deuil, famille.

3.1.1 Traitement des dépouilles mortelles

Etymologique, traitement vient du verbe traiter qui dérive du latin tractare « traîner avec violence » d'où « manier, palper », « prendre soin de, s'occuper de, gérer » ; « se conduire envers quelqu'un de telle ou telle manière ». Ce groupe de mots sera défini d'abord de manière séparée et ensuite ensemble. Selon le dictionnaire Larousse (2020 : 789) le traitement est la manière d'agir, de se comporter envers quelqu'un, à l'égard d'un animal ; c'est l'action de traiter. L'encyclopédie la langue française le définit comme un terme relatif à un bon ou mauvais procédé qu'a avec quelqu'un, au bon ou mauvais accueil qu'on lui fait.

Une dépouille mortelle est selon le dictionnaire Larousse (2020), le corps mort d'un être humain.

Ainsi, le traitement des dépouilles mortelles pourrait se définir comme la manière de traiter le corps mort d'un être humain.

3.1.2 Retentissement psychologique

Comme précédemment, ce groupe de mot sera défini séparément puis ensemble. Selon le dictionnaire Larousse (2020), le retentissement désigne la trace plus ou moins profonde que laissent dans l'affectivité d'un individu une représentation, un événement, un affect.

Sillamy (2010, p. 241), indique que, le retentissement est une répercussion d'un événement sur le psychisme d'un individu. Pour lui, certaines personnes sont promptes à réagir à un fait ou à une situation émouvante, puis n'y pensent plus. D'autres au contraire, impassibles et apparemment indifférentes sur le moment, n'oublient rien et mûrissent leur réponse. L'effet produit par l'événement est dit « primaire » dans le premier cas et « secondaire » dans le deuxième. Le mode de réaction aux événements (retentissement) est, dans la caractérologie de

G. Heymans et E. Wiersma, l'une des trois dispositions caractérielles fondamentales (les deux autres étant l'émotivité et l'activité). (2003, p. 241).

Le dictionnaire Larousse (2021), définit l'adjectif psychologique, comme relatif au psychisme de quelqu'un, à la psychologie d'un groupe ; qui s'intéresse à la psychologie d'un groupe.

Le retentissement psychologique peut donc s'entendre comme la trace plus ou moins profonde que laissent dans l'affectivité d'un individu une représentation, un événement et qui a un impact dans son psychisme.

3.1.3 Traumatisme

Le mot « traumatisme », provient du mot grec « trauma » qui signifie « blessure ». Selon Crocq (2007), un psychiatre militaire français, le traumatisme psychique se définit comme étant: « la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques transitoires ou définitives ». Le traumatisme est donc un choc psychique important. C'est un phénomène contingent à la suite d'un événement traumatique comme : la confrontation avec la mort, les menaces de mort, de graves blessures, des violences sexuelles ou les risques de subir de telles agressions. Selon Freud (1920), le traumatisme se définit comme « toute excitation externe assez forte pour faire effraction dans la vie psychique du sujet ». Il insiste sur le fait que l'excitation est tellement forte qu'elle ne peut être ni assimilée ni supprimée normalement laissant ainsi place à des troubles durables dans l'utilisation de l'énergie (Freud, 1917). Il y a traumatisme lorsqu'un sujet est confronté à un excès d'excitation qui déborde ses capacités à endurer et à lier la situation qui se présente à lui, cette excitation produit une effraction psychique étendue qui est à l'origine d'une douleur psychique Il est important d'insister sur le fait que le traumatisme n'est pas l'évènement. Le traumatisme est une conséquence potentielle d'un évènement. Le traumatisme varie par sa temporalité. D'une part, il peut être soit immédiat soit post-immédiat. En effet, il peut survenir jusqu'à une semaine après l'évènement (Blavier, 2020). D'autre part, il peut être aigu, c'est-à-dire temporaire ou chronique mais il peut également se transformer en trouble de stress post-traumatique.

Un traumatisme survient suite à un événement traumatique qu'est-ce-qu'un événement traumatique ?

- **L'évènement traumatique**

Selon Legibot (2009, p. 202), un évènement traumatique est une « rencontre avec le réel de la mort ». Cette image de la mort va faire effraction dans notre psychisme sans être

transformée par des représentations. Cette image, chargée d'une grosse quantité d'énergie, va entraîner d'importants troubles du fonctionnement psychique. « L'évènement traumatique constitue donc une menace pour la vie ou pour l'intégrité physique et/ou mentale d'une personne ou d'un groupe de personnes. Cet évènement produit une peur intense et/ou un sentiment d'impuissance et/ou d'horreur et/ou de honte et remet en cause les valeurs essentielles de l'existence que sont la sécurité, le respect de la vie, la paix, la morale, la solidarité, etc. » (Josse, 2014, p. 49).

Il existe plusieurs sortes d'évènements traumatiques que l'on peut séparer en catastrophes collectives ou en traumatismes individuels (Sabouraud-Séguin, 2008).

Les évènements majeurs et massifs (comme les agressions intentionnelles, les évènements accidentels, les catastrophes naturelles...) ne sont pas les seuls types d'évènements traumatiques. L'accumulation d'évènements d'importances diverses, le rappel d'un évènement ancien aux potentialités traumatogènes, ou un deuil non résolu peuvent aussi être considérés comme des évènements traumatiques. (Josse, 2007).

En ce qui concerne les victimes d'un évènement traumatique, elles peuvent avoir vécu l'évènement, avoir été spectatrices de l'évènement, avoir eu un proche ayant vécu l'évènement ou avoir été confrontées de manière répétée à des éléments choquants de l'évènement (American Psychiatric Association, 2016).

Finalement, une distinction est à faire entre l'évènement traumatique et le traumatisme. L'évènement traumatique est l'agent possible responsable d'un traumatisme alors que le traumatisme est l'ensemble des troubles provoqués par un agent extérieur. Remarquons qu'il n'y a pas de lien obligé et inflexible entre l'évènement traumatique et le traumatisme (Blavier, 2016). Par exemple, il se peut qu'un évènement, bien que dépassant les ressources d'une majorité d'individus, soit traumatisant pour une personne mais ne le soit pas pour une autre.

Il existe plusieurs types de traumatisme dérivant d'un évènement traumatique

- **Les types de traumatisme**
- **Le Traumatisme de type I et II**

La première catégorisation des traumatismes en deux types revient à (Terr, 1991). Elle les nomme de manière suivante : le traumatisme de type I et le traumatisme de type II. Lenore Terr (1991) décrit le traumatisme de type I comme « un évènement traumatique unique présentant un commencement net et une fin claire.

Ce type de traumatisme est induit par un agent stressant aigu, non abusif » Josse (2007, p.7). Le traumatisme de type I est causé par un événement isolé, imprévu et limité dans le temps. Par exemple, ce traumatisme peut être une agression, un incendie, un accident de voiture, une catastrophe naturelle, etc. Par convention, un traumatisme de type I se soigne, se guérit beaucoup plus facilement qu'un traumatisme de type II.

Les conséquences du traumatisme de type I sont des réponses comportementales et physiologiques conditionnées à l'évènement traumatique, comme par exemple, des souvenirs détaillés de l'évènement, des peurs spécifiques à l'évènement, des hallucinations ou une recherche de sens pour expliquer ce qui est arrivé, des évitements, des reviviscences, etc. (Blavier, 2016). Notons qu'« un traumatisme de type I peut avoir des « conséquences à long terme, elles-mêmes à l'origine d'une souffrance psychique, voire traumatique. Ainsi, une personne blessée lors d'une agression peut garder un handicap physique » Josse (2007, p.7).

Elle parle de traumatisme de type II lorsque « l'évènement s'est répété, lorsqu'il a été présent constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période. Il est induit par un agent stressant chronique ou abusif » Josse (2007, p.7). Par exemple, nous pensons à la violence intrafamiliale, la violence politique, les faits de guerre, les abus sexuels, les traumatismes secondaires des professionnels de l'aide, les agressions répétées, le harcèlement au travail etc. Nous remarquons alors qu'un traumatisme de type II résulte de l'exposition répétée, prolongée et multiple à des événements extrêmes, le plus souvent de nature interpersonnelle.

Pour commencer, tout traumatisme est de type I. En effet, les réactions présentées par les victimes sont identiques à celles faisant suite à un agent stressant de type I. Les symptômes du type I peuvent être considérés comme des puissants mécanismes de défense ayant pour fonction de protéger l'intégrité psychologique de la personne et la sauvegarde de soi. Parmi les mécanismes de défense, nous pouvons citer l'évitement, l'isolement, le refoulement, le détournement de la rage vers soi ou vers les autres Blavier (2016 : 68). Néanmoins, progressivement, des mécanismes d'adaptation de plus en plus pathologiques se manifestent avec le développement du traumatisme de type II – comme par exemple, d'importants changements de la personnalité

- **Les traumatismes directs et indirects**

Selon Josse (2007 :11), « On parle de traumatisme direct lorsque la victime a été confrontée au chaos, au sentiment de mort imminente ou d'horreur. Elle peut avoir été sujet

(avoir subi), acteur (avoir provoqué volontairement ou involontairement) ou témoin (avoir vu) de l'évènement traumatique ».

Une personne qui n'a pas subi de traumatisme direct mais qui entretient néanmoins des contacts réguliers avec une autre personne ou un groupe de personnes traumatisées peut présenter des troubles psychotraumatiques. Dans ce cas, on parle de traumatisme indirect, vicariant, secondaire où « c'est la rencontre avec la personne traumatisée qui constitue en elle-même l'évènement traumatique » (Josse, 2007, p.11).

3.1.4 Signifiants culturels

Avant de parvenir à la définition de ce groupe de mot, nous allons d'abord dire ce que nous entendons par culture.

Étymologiquement le terme culture vient du latin *cultura* (habiter, cultiver ou honorer) qui définit l'action de cultiver la terre, puis au second plan, cultiver l'esprit, l'âme au sens figuré. C'est selon Guy Rocher, « un ensemble de manière de penser, de sentir et d'agir plus ou moins formalisées qui, étant apprises et partagées par une pluralité de personnes, servent, d'une manière à la fois objective et symbolique, à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte » (1969, p. 88).

Selon les anthropologues Alfred, L. & Clyde, K. (1952) : « la culture consiste en des modèles, explicites ou implicites, d'idées et de leur incarnation dans les institutions, les pratiques, les artefacts, dérivés et sélectionnés par l'histoire ; les modèles culturels peuvent, d'une part, être considérés comme les produits de l'action et, d'autre part, comme conditionnant les éléments d'une nouvelle action ».

James House psychologue social cité par Delamater (2006), présente la culture comme étant « un ensemble de croyances cognitives et évaluatives – croyances à propos de ce qui est ou devrait être – qui sont partagées par les membres d'un même système social et transmises aux nouveaux membres »

Dans un sens plus large, le Larousse (2020) définit la culture comme un ensemble des phénomènes matériels et idéologiques qui caractérisent un groupe ethnique ou une nation, une civilisation, par opposition à un autre groupe ou à une autre nation.

Dans cette étude, nous appréhendons la culture comme : un ensemble constitué d'une langue, d'un système de parenté, d'un corpus de techniques et de manière de faire (la parure, la cuisine, les arts, les techniques de soins, les techniques de maternage... Moro (2004, p.12).

« Toute culture définit des catégories qui permettent de lire le monde et donner un sens aux évènements du monde », c'est choisir des catégories communes pour percevoir le monde de manière ordonnée. Ces mondes fondent la pertinence des représentations pour un groupe donné (Moro & Baubet, 2003).

« Tous ces éléments épars sont structurés de manière cohérente par des représentations. Ces représentations sont les interfaces entre le dedans et le dehors, elles sont le résultat de l'appropriation par les individus de systèmes d'origine de pensées, d'origine culturelle. Elles permettent l'expérience subjective. Le sujet incorpore ses représentations culturelles, et, les reparties à partir de ses propres mouvements, ses conflits internes et ses traits de personnalités » (Moro et Baubet, 2003, p. 182).

Ainsi la culture met à la disposition de l'individu une grille de lecture du monde qui lui permet d'anticiper le sens de ce qui peut survenir et donc de maîtriser la violence de l'imprévue. Aussi, c'est un système instable et ouvert en perpétuelle transformation, dynamique. Dans ce sens le changement est le mode d'être de la culture Dahoun (2005, p. 212) Rouchon (2007, p.103). La culture prescrit les règles, des limites et des codes. Aussi elle indique le permis et l'interdit. La culture définit les données tels que le rythme de vie, les habitudes alimentaires, les limites de contact et distance corporelles, les tabous sexuels, la retenue, l'exubérance des gestes Corréa (2005, p160). Dans chaque culture, existe des modèles de normalités et des modèles d'inconduites (Linton, 1936 ; Nathan, 1986). C'est-à-dire des manières normales d'être normale et de manières normales d'être anormale (Devereux 1970, ; Zempléni, 1998).

La culture est dispensatrice de sens. Aussi, elle propose un réseau d'énoncés de croyance de mythes, de légende, de représentations et de chaîne associatives. Les mythes par exemple sont constitutifs de chaque culture et ont un rôle très important pour la richesse et la souplesse du comportement psychique Kaës (2005 : 85). Ils étoffent le préconscient en représentation multiple, pour l'élaboration intrapsychique des conflits. Ce sont des ressources de figurabilité pour faciliter la représentation des conflits intrapsychiques Kaës (2005, p. 71).

Le signifiant culturel proprement dit est appréhender dans le cadre de notre recherche comme la perception qu'a un individu d'un phénomène en fonction de sa culture, mais qui n'est pas elle. Il s'agit, des représentations qui appartiennent à l'individu mais qui ont trouvé leur base signifiante dans la culture. Le signifiant culturel désigne l'ensemble des encodages fait par une personne qu'il met sur pied afin de lire et comprendre la société dans laquelle il fait partie. Donc, toutes les situations, évènements et phénomènes qui lui arrivent sont interprétés, analysés par rapport à ce qui a déjà trouvé sens à ses yeux.

Ainsi donc, l'homme est un être de culture Róheim (1943, p. 14). "Il n'y a pas de société ni même d'individu « inculte »" ("uncultured", sans culture), notait Linton (1977, p. 32). La culture est universelle, non pas au sens où elle serait la même partout, mais au sens où tout homme en est issu, comme il parle une langue. Qu'est-ce qui est universel et qu'est-ce qui est particulier dans la culture ? On pourrait faire le parallèle (Moro, 2007) avec l'amour que l'on porte aux enfants. Sentiment universellement partagé et vécu de manière différente. Si le principe est universel, les applications pratiques sont relatives. Chaque culture place et déplace ses normes et ses valeurs. Ces particularités qui témoignent tout autant de l'universalité de la culture sont d'ailleurs bien connues du sens commun

3.1.5 Travail de deuil

Le groupe de mot travail de deuil sera défini de manière séparée ; le deuil d'abord et ensuite l'ensemble.

Étymologiquement le mot deuil vient du latin « dolus » et par extension de « dolore » (souffrir). Ce terme n'a donc, initialement, pas de référence spécifique à la mort, mais bien davantage à la douleur du chagrin et à la souffrance de l'âme.

Le terme deuil possède plusieurs significations (Hardy, 2007 ; Bacqué et Hanus. 2000). Au sens usuel, la mort se réfère à l'expérience de la mort d'autrui :

- Le terme désigne tout d'abord la perte liée au décès d'un être proche, qu'il s'agisse d'un parent ou d'une personne chère.
- Il désigne la réaction psychologique consécutive à cette perte, qu'il s'agisse des différents états traversés par l'endeuillé (notamment la tristesse propre au deuil), ou le processus psychologique évolutif et prolongé (« travail du deuil ») conduisant naturellement à la fin de cette expérience.
- Il désigne enfin les différentes manifestations individuelles, familiales et sociales liées au deuil. Ces manifestations étant plus ou moins ritualisées et diversement codées sur le plan culturel. Mgbwa (2009 :98)

En français et dans l'usage courant, le « deuil » est devenu progressivement un terme associé aux réactions de douleur spécifiquement liées à la mort d'un proche. La notion originelle de « douleur » a ainsi pris une valeur polysémique, en regroupant à travers le même terme, différentes dimensions n'ayant pas toute la même signification :

- dimension somatique : correspond aux réactions physiologiques consécutives à la mort d'un proche qui viennent bouleverser l'équilibre somatique antérieur. L'expression qui y fait référence est celle d'« être en deuil » qui traduit les différentes manifestations

somatiques liées à cet état comme le ralentissement idéique, les troubles du sommeil, l'asthénie, les douleurs diffuses, etc. ;

- dimension psychologique : relevée initialement par Freud qui l'a décrit en expliquant le fait que le deuil est « *régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place* ». Ce processus psychique réactionnel à la perte d'un être cher (et non exclusivement à sa mort), traduit le travail psychique nécessaire pour la surmonter et parvenir à supporter la réalité de cette disparition. C'est la notion de « travail de deuil » qui traduit les enjeux psychologiques du deuil ;
- dimension sociale : traduit les conséquences sociales qui suivent une perte pour l'endeuillé et les représentations sociales de ce deuil pour l'ensemble de la société. Elle conduit à l'expression « porter le deuil ». Cette dimension sociale du deuil évolue à travers les époques comme l'évolution des codes vestimentaires des endeuillés ou des cortèges funéraires en témoignent.
- dimension culturelle : liée aux référentiels culturels des endeuillés et de celui qui est mort. La diversité culturelle est multiple et cette dimension est spécifique à chaque culture : le rapport à la mort ; le sens donné à cette mort ; les représentations sur le devenir du corps et de l'âme du défunt ; les soins portés au corps ; les manifestations du chagrin ; les modalités d'expression du deuil ; la place des proches dans les rituels funéraires ; etc. Hélène Romano (2015 : 7)

Pour Janine Pillot dans *deuil et accompagnement*, « *le deuil est un processus humain provoqué par toute rupture, toute perte significative dans le champ de nos investissements. Le travail de deuil fait partie de toute croissance de maturation humaine.* » (1995 : 103)

Le deuil est une réaction psychoactive douloureuse induite par la perte d'objet. Bowlby (1942), cité par le dictionnaire de la psychanalyse (1972), définit le deuil comme un : « *ensemble de processus qui sont mis en train par la perte d'un objet aimé, qui aboutissent courageusement à ce que le sujet renonce à cet objet.* » cette définition, qui insiste sur le nœud et la problématique, la perte d'objet, montre que le deuil est un processus psychologique, affectif et émotionnel, qui est causé par la désorganisation des équilibres psychiques, déclenchée par une rupture affective liée à la perte.

Le deuil a donc au centre de son organisation une source d'objet, bien souvent un décès. Freud (1946 :148) a donné du deuil une définition qui est restée et demeure célèbre et qui fait autorité dans le domaine de la psychopathologie et de la psychanalyse : « *le deuil est régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place,*

la patrie, la liberté, un idéal. » riche en signification, cette définition de Freud, qui met en évidence la régularité du phénomène de deuil en réaction à la perte d'objet, insiste sur le fait que toute perte assimilable au deuil, est suivie de réactions psychoaffectives, émotionnelles et même somatiques. L'éclairci que cette définition apporte en psychologie de la perte d'objet est que, le deuil est généralement nourri autour de la perte d'une personne. Pour que la perte d'un objet symbolique soit assimilable au deuil, il faut qu'elle substitue celle d'une personne.

Ce deuil peut donc être lié à un décès ou à une rupture affective. Que la perte d'objet soit symbolique, fantasmée ou effective, elle induit régulièrement un ensemble de réactions et de caractéristiques connues comme étant les symptômes du deuil. Cependant, le deuil social, converti en rituel a été longtemps confondu au deuil psychologique, ensemble de réactions psychoaffectives. Ce rituel social que le psychologue ne confond pas avec le deuil, présente souvent de nombreux avantages à la résolution du deuil.

Par son caractère de solennité, son appel à l'affliction, il constitue souvent un cadre socioculturel d'abréactions affectives et émotionnelles. Mais, il arrive qu'il ne soit pas le cadre adéquat permettant au sujet d'exprimer des affects douloureux qu'il ressent. Le rituel du deuil est cependant important à la résolution du deuil, à cause de sa possibilité de décharge économique.

❖ **Rituel du deuil**

Évoqué plus haut, le rituel du deuil est avant tout une réalité. Il est constitué d'un ensemble de cérémonies en vigueur dans une société, régissant les comportements sociaux qui accompagnent le décès d'une personne, l'inhumation et éventuellement les funérailles. Dans la tradition africaine la mort est empreinte de significations profondes. La conception de la mort dans la culture négro-africaine est assimilable à ce que Freud (1946) a appelé dans, *Moïse et la religion monothéiste*, le rite du passage. S'enracinant profondément dans la croyance en l'immortalité de l'âme, la mort pour les africains signifie un passage de réalité temporelle à la réalité éternelle. Ce qui fait que la mort et les morts sont souvent entourés d'un culte.

Le rituel social, dans sa pratique, a donc une fonction résolutoire des affects de deuil. Cependant comme le fait très bien remarquer Ombredane, (1969, p.14), les morts sont à la fois les êtres vénérés et craints. Ce qui déteint d'ambivalence profonde les représentations et les réactions avec les défunts. La manière dont on leur rend sépulture peut être déterminante de la manière dont on vivra favorablement ou non le deuil. Des funérailles remplies sont susceptibles de provoquer une culpabilité teintée d'angoisse ou de peur :

Si, poursuivant l'analyse du processus d'identification aux ancêtres, on examine de près la diversité des attitudes institutionnelles à leur endroit, on découvre qu'elles sont essentiellement ambivalentes. Elles offrent aussi bien l'aspect de mesures répulsives auto protectrices que celui d'un attachement fidèlement entretenu. Il suffit de se rapporter à Frazer pour voir la multiplicité des témoignages que l'ethnologie comparée fournie en faveur de l'hypothèse que la crainte des morts est un facteur essentiel de la manière dont on les traite et du culte qu'on leur rend. Le soin qu'on apporte à enfermer le mort dans sa tombe se justifie à la fois par le souci de lui assurer une demeure digne et capable de résister aux profanations et par le souci de l'empêcher d'en sortir (...) la cérémonie du deuil peut être comprise comme un témoignage public d'affection, mais aussi comme un déguisement destiné à tromper le mort au cas où il lui prendrait la fantaisie de revenir. Ombredane (1969, p.14)

Le rituel du deuil est donc symbolique et revêtu d'une symbolique sociale, nœud d'une trame complexe de sentiments ambivalents, voire ambigus, concernant l'objet du deuil. Ce qui rend d'autant difficile et complexe le travail de deuil en société africaine. Ces significations symboliques sont l'occasion de résurgence des significations traditionnelles socioculturelles, qui émaillent le vécu du deuil, de ses significations, de même que dans l'analyse des processus de deuil, de ses significations, de même que dans l'analyse des processus morbides réunis autour du deuil ou induits par lui.

Il faut tout de même noter que toutes les sociétés ont leur rituel du deuil, car la mort a toujours eu, ainsi que le fait remarquer (Crocq, 1999), chez l'humain, une signification traumatique. Car nul et c'est d'après cet auteur, l'essence du fonctionnement psychique humain ne possède une représentation de la mort. Ceci serait dû au fait que toute existence porte en elle-même la négation de la mort et du néant. De ce fait, toutes les sociétés ont entouré la mort d'une auréole quelque peu mystique, du moins métaphysique.

Ces préliminaires sur l'importance du rituel du deuil dans les abréactions symboliques et dans les complications du deuil nous amènent maintenant à chercher une définition sociale du rituel du deuil.

D'après *Le dictionnaire fondamental de la psychologie* (1997), le rituel du deuil désigne « nécessairement les réactions sociales entraînées par la mort d'une personne, c'est-à-dire l'ensemble des usages, coutumes, rites et restrictions imposés impérativement en cette circonstance ». Cette définition exhaustive, exprime bien l'idée que le rituel du deuil est une approche sociale de la réalité du deuil. De ce fait, il peut avoir deux aboutissements contraires, l'un dans le sens de la résolution du deuil, et l'autre dans le sens de la chronicisation, en fonction

de l'implication et de l'endeuillé de ce rituel social. Bien souvent, parce qu'évitant d'ignorer la réalité de la perte, l'apport du rituel du deuil dans le travail de deuil est important.

Nous allons nous attarder dans le cadre de notre étude sur cette définition du deuil qui désigne un état de perte d'un être cher, qui s'accompagne de détresse et de douleur morale. Celle-ci pouvant entraîner une véritable réaction dépressive, nécessitant un travail intrapsychique dit travail de deuil, pour être surmonté. Dans deuil et mélancolie, S. Freud crée l'expression travail de deuil en 1917.

Le travail de deuil (« faire son deuil »), c'est le travail psychique nécessaire pour accepter la réalité de la perte et y faire face, c'est-à-dire accepter les modifications que cette perte va induire en nous ; autrement dit, il consiste à désinvestir l'amour pour l'être perdu.

C'est une réalité qui appelle, après le bouleversement émotionnel provoqué par la perte, un dépassement progressif de cette perte. Ce processus requiert l'acceptation de la réalité de perte, prélude du désinvestissement affectif nécessaire à un réinvestissement ultérieur. Pour que le désinvestissement affectif ait lieu, il est nécessaire que soit procédée une symbolisation de la réalité de perte et des affects, signe que la perte a été psychiquement métabolisée et que le sujet est prêt à de nouveaux investissements. Mis en présence de la réalité de la perte, l'endeuillé doit choisir, s'il veut continuer à vivre sans l'objet perdu, et donc l'amener mentalement et symboliquement à franchir l'allégorique frontière séparant les vivants et les morts, ou s'il veut partager le sort du disparu, et donc s'enfermer dans de mauvaises identifications ou dans l'affect douloureux du deuil.

3.1.6 Famille

Depuis plus d'une décennie, nous relevons une évolution de la conception de la « famille ». Étymologiquement, Le mot famille vient du latin « familia » qui signifie ensemble des habitants de la maison. Familial dérive de famulus qui à l'origine désignait le serviteur ou l'esclave. On retrouve donc dans l'origine du mot le foyer, les habitants de ce foyer mais aussi une notion de hiérarchie, de pouvoir, voire de servitude. Familia est aussi issu du latin fama qui signifie réputation. Les membres d'une même famille portent le même nom et peuvent jouir d'un crédit ou d'un honneur qu'ils doivent entretenir (familles célèbres, nobles, ...) mais aussi d'une malédiction. En effet, au départ la famille était conceptualisée par des liens de parenté. Actuellement, différents auteurs tels que Minuchin, Lee et Simon (2006, cité par Favez 2010) en donnent une toute autre définition : « *un groupe de personnes connectées émotionnellement et/ou par des liens de sang, qui ont vécu ensemble assez longtemps pour avoir développé des*

motifs interactifs spécifiques et des histoires qui justifient ces motifs interactifs » (p.33, cité p.17).

Pour (Amana, 2010, p. 82), la famille se présente généralement comme

Un fait social, culturel et économique, un groupe humain qui se présente comme suit :

- Des sujets qui entretiennent entre eux des relations de parenté sous une forme spécifique : certains sont la progéniture des autres qu'ils considèrent comme leurs parents ;
- Les sujets identifient leur groupe familial non seulement comme spécifique par rapport à tous les autres groupes familiaux, mais aussi comme étant leur cadre privilégié d'appartenance. La famille constitue donc un groupe primaire d'importance. On y rencontre les relations affinitaires les plus intimes et les plus personnalisées du sujet qui ressortent d'un contrat narcissique ; tire ses origines des premières relations avec la mère et l'enfant, et va bien au-delà ».

D'après Benveniste (2002), le concept famille dans sa genèse à Rome, est considéré comme un groupe de personnes qui sont unies par une parenté.

D'un point de vue sociologique, la famille se définit comme étant l'ensemble des individus vivant sous un même toit ayant des obligations et des devoirs. Baudier et Celeste (1990 : 76) l'on définit comme un groupe d'individus caractérisé par une structure, chaque individu composant ce groupe ayant une fonction et un rôle particulier. La famille ainsi définie est un système. Comme dans tout système, elle est constituée de l'ensemble de ses membres qui sont en interrelation et en interaction.

En anthropologie, la famille est une société d'échange, un groupe naturel. Elle peut encore se définir comme l'ensemble des individus qui vivent sous un même toit ou non et qui se reconnaissent par une culture commune. Autrement dit, la pérennisation des éléments de chaque groupe qui se transmettent de génération en génération et à travers lesquels on s'identifie par rapport à son groupe d'appartenance et qui différencient les individus d'un autre groupe.

Sur le plan juridique, la famille se conçoit comme étant un groupe d'individus qui reconnaissent entre eux des liens moraux et matériels engageant mutuellement leurs personnes et leurs patrimoines sans limitation de durée (Ghestin, 1993), cité par le même auteur d'après le code civil de 1804 ; c'est la cellule de la société dont il doit reproduire les valeurs.

La psychologie enfin aborde la famille comme un phénomène universel, présent dans tous les types de sociétés.

Lévi-Strauss (1956), définit un modèle de famille que l'on retrouve en occident et dont l'organisation la plus courante et la plus familière est celle qui privilégie la dimension réduite au couple formé par un homme et une femme et à leurs enfants que l'on nomme la monogamie.

Pour lui, ce modèle de famille se définit comme l'union plus ou moins durable et socialement approuvée d'un homme, d'une femme et de leurs enfants. Ce modèle ne se limite pas en occident, mais est largement répandu.

La famille polygyne encore appelée famille polygamique où un homme peut épouser au moins deux femmes. Lévi-Strauss avait décrit ce modèle comme celui où les enfants n'appartiennent pas exclusivement à leur génitrice. Les enfants sont élevés par l'ensemble de coépouses.

Dans le cadre de notre réflexion, le modèle de famille n'aura aucune incidence dans la mesure où le défunt aurait été un membre rapproché de la famille qui nous accueillera.

3.2 REVUE DE LA LITTÉRATURE

La revue de la littérature est selon Artouf (1987, p.5), « l'état des connaissances sur un sujet ». Autrement dit, elle est un inventaire des principaux travaux de recherches effectués, ciblés et circonscrits. En plus, selon Angers (1992, p.49) : *c'est l'espace où se déroule en grande partie les débats scientifiques. Elle est l'occasion pour un chercheur de faire un état des recherches des autres chercheurs dans un domaine précis pour en montrer la pertinence, l'intérêt, mais également les limites ou les faiblesses dans le but de montrer qu'il reste des choses à faire pour tel ou tel phénomène et même qu'il est nécessaire d'entreprendre une recherche à ce sujet.* Elle comprend les travaux antérieurs portant sur le ou les thèmes que nous abordons dans cette recherche notamment le traumatisme, le deuil ou le travail de deuil qui ont un lien direct ou indirect avec la thématique développer dans cette étude. Il s'agit de faire ressortir la quintessence du travail qui a été fait par les auteurs ultérieurement. Les premiers écrits scientifiques ayant eu pour objet le deuil sont apparus entre les 17ème et 19ème siècles : on voit à cette époque des scientifiques, notamment Burton (1621) et Rush (1835), qui affirment que le deuil peut être considéré comme une cause potentielle de maladie physique ou mentale. C'est seulement au début du 20ème siècle qu'on observera des études plus approfondies sur le deuil. Avant d'y parvenir nous allons évoquer les recherches qui ont été faites sur le traumatisme.

3.2.1 Travaux sur le traumatisme

Il est question pour nous de présenter les points de vue des auteurs ayant abordé le domaine de notre étude et de choisir un aspect non encore abordé ou pas suffisamment pour l'éclairer davantage.

Julie & Al. (2021), ont publié un article dans lequel elles nous proposent une réflexion autour de l'impact de la pandémie sur les processus de deuil en dépliant différents aspects, que ce soit les modifications des rites funéraires, le deuil traumatique, ainsi que les changements de certaines représentations collectives pouvant être assimilés à une autre forme de deuil du fait de la dimension de perte. Selon leur étude, le deuil en période de COVID-19 peut être traumatique ou inhibé du fait que les victimes qui appelaient au CoviPsyHus avaient des symptômes du stress tels que décrit dans le DSM-V, ainsi que la médiatisation inédite imposée par le contexte COVID-19 : le traitement de l'information qui inclus entre autre la succession des images, le décompte perpétuel des décès, la communication répétitive des gestes barrières.

Cette étude se rapproche de notre travail de recherche mais l'ajout que nous allons faire ici est d'apporter des éléments sur le plan familial car cette étude s'est faite auprès des personnels soignants. En plus, nous allons évoquer avec la famille le point de vue culturel de du traitement des dépouilles mortelles COVID-19.

Au Cameroun les travaux de Paul & Al (2021), menés dans la région de l'ouest, porte sur « Traumatisme et résilience associés à la pandémie de COVID-19 dans les villes de Bafoussam et Dschang au Cameroun ».

L'objectif de ces travaux était d'évaluer la symptomatologie de l'état de stress post-traumatique, ainsi que la résilience associée à la pandémie de la COVID-19 dans la région de l'Ouest au Cameroun. La recherche a eu recours à la méthodologie des enquêtes de santé mentale en population générale. Elle s'est conformée aux dispositions éthiques du protocole d'Helsinki. Les outils de collecte des données utilisés sont : l'Impact of Event Scale-Revised et la Connor-Davidson Résilience Scale.

L'étude a concerné un échantillon de 409 sujets, représentant un taux de réalisation de 106,5 %, par rapport à l'échantillon calculé (384 sujets). Les sujets échantillonnés à Bafoussam, capitale régionale, représentent 75,1 % de l'échantillon ; ceux qui ont été sélectionnés à Dschang, 24,9 %. Les femmes constituent 47,3 % de l'échantillon et les hommes 52,6 %. Les 15–24 ans représentent 49,3 % de l'échantillon ; les 25–29 ans, 18,7 % ; les 30–34 ans, 12,5 % et les 35 ans et plus, 23,2 %. Les sujets qui ont fait des études secondaires sont les plus nombreux (56 %). Ils sont suivis par ceux qui ont un niveau universitaire (30,6 %) ; puis

par ceux qui ont un niveau d'étude primaire (9,5 %) et enfin par ceux qui n'ont pas été à l'école (3,9 %). On enregistre davantage de sujets célibataires (55,7 %), suivis des personnes en situation de couple (38,4 %) ; de celles qui vivent en couple (3,4 %), des veufs(ves) (1,7 %) et des personnes divorcées (0,7 %). Parmi ces sujets, 68,7 % vivent en zone urbaine et 31,3 % en zone rurale. Le statut occupationnel est varié, avec davantage d'élèves et étudiants (respectivement 21 % et 18,3 %) ; puis des employés du secteur privé (13,2 %) ; des travailleurs agricoles (12,2 %) ; des employés du secteur public (10,8 %) ; des personnes exerçant des activités libérales (9,3 %) ; des personnes exerçant des petits métiers (5,1 %) ; des personnes sans occupation (7,3 %) et des personnes exerçant des métiers non spécifiés (2,7 %).

Suite à cette étude, nous pouvons relever qu'elle s'est focalisée uniquement sur le traumatisme et la résilience des sujets faces à la pandémie de COVID-19 ainsi qu'aux restrictions dues à celle-ci. C'est la raison pour laquelle nous avons souhaité travailler sur le retentissement psychologique du traitement des dépouilles mortelles sur les membres des familles.

Timtchueng et al. (2020), ont également travaillé au Cameroun sur la gestion des corps COVID-19. Dans ce travail, les auteurs posent un problème psycho social et culturel en rapport avec la gestion des corps de personnes décédées de cette maladie. Pour eux, ce problème est susceptible d'entraver la bonne marche de la stratégie de riposte, car la gestion de ces dépouilles ne fait pas l'unanimité.

En effet, les restrictions appliquées à l'inhumation, bien que plus tard assouplies proscrivaient entre autres tout transfert interurbain des dépouilles. A la lumière des considérations culturelles africaines de la personne décédée, des dissensions créées entre les familles et le corps médical, de la législation et des données scientifiques disponibles, ces auteurs se sont attelés à analyser les risques et les bénéfices de l'inhumation des dépouilles par les familles. Ils ont proposé ensuite des solutions qui concilient la dignité (en laissant les familles enterrer leurs morts dans les domiciles), et la sécurité (en assurant une conservation hermétique et la surveillance d'un officier de police judiciaire). L'application de ces solutions auraient amélioré la confiance de la population envers le système de santé et contribuer positivement aux stratégies de prévention, d'identification et de prise en charge des cas de COVID-19.

Une fois encore, c'est travaux qui se rapprochent du notre, a soulevé un aspect très évocateur de la pandémie notamment la gestion des dépouilles sans toutefois analyser l'impact de cette gestion sur les membres des familles victimes. C'est donc la brèche que nous allons ouvrir dans cette étude.

3.2.2. Travaux sur le deuil

Amana (2015), dans son article intitulé *work of grief over infancy in street adolescent in Cameroon* présente une approche du travail de deuil, pour ceux qui ont élu domicile dans la rue plus particulièrement les adolescents dans un contexte de développement différent de la famille. Après avoir observé et interviewé six adolescents de la rue, deux travailleurs sociaux et deux éducateurs, elle est parvenue à la conclusion selon laquelle, chez les adolescents de la rue, les comportements défavorables à la réalisation et à la réorganisation identitaire persistent. Il apparaît alors d'une part que les deuils normaux et compliqués de l'enfance ne sont pas caractéristiques des adolescents de la rue. Et d'autre part, leurs comportements sont caractéristiques du deuil compliqué de l'enfance chez ces sujets.

De ce qui précède, les travaux de cet auteur, semble justifier que le deuil compliqué n'est pas l'apanage des adolescents de la rue mais plutôt les caractéristiques de l'enfance.

Ce travail sera d'un grand apport dans notre étude dans la mesure où, il nous aidera dans un premier temps à comprendre les notions de deuil normal, deuil pathologique et deuil compliqué mais également à avoir un point de vue clair sur les causes du deuil compliqué chez les adolescents en général et ceux de la rue en particulier.

En 1915, Freud publie son célèbre ouvrage « Deuil et Mélancolie » qui introduira le premier modèle de référence du deuil Hagman (2001, p.58) ; Zech (2006, p.96). Dans ce texte, Freud s'appuie sur ses nombreuses observations cliniques pour y décrire les similitudes et les différences entre la mélancolie et le deuil normal. Son intérêt se porte alors sur les multitudes de formes cliniques que la mélancolie revêt, sa description étant parfois source d'ambiguïté. Il associe donc mélancolie et deuil, mais se penche essentiellement sur la compréhension des mécanismes sous-tendant la mélancolie et c'est uniquement dans cette optique qu'il va évoquer le deuil. Il décrit ce dernier comme étant « la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, comme la patrie, la liberté, un idéal, etc. » (1915, p. 13).

Il observe qu'un individu, après avoir fait l'expérience de la perte d'un être cher, présente les mêmes symptômes qu'une personne mélancolique : une baisse motivationnelle, une perte ou une diminution de l'intérêt pour le monde extérieur, l'impossibilité pour l'endeuillé de s'investir dans un nouvel objet d'amour et l'abandon de toute activité qui ne serait pas directement en lien avec le défunt Freud (1917). On retrouve les mêmes symptômes chez la personne endeuillée que chez le mélancolique, à l'exception de la dépréciation de soi. Ceci

pourrait s'expliquer par le fait que chez la personne en situation de deuil, c'est le monde qui, suite à la perte, est devenu vide et pauvre, tandis que chez la personne mélancolique, c'est le Soi lui-même. Freud ne considère pas les manifestations et réactions d'un individu face à la perte comme étant de nature pathologique.

C'est également Freud qui va introduire le terme « *trauerarbeit* », qui peut être traduit par « travail de deuil ». Ce travail de deuil est un processus intrapsychique tout à fait normal et universel qui consiste à transformer le vécu d'une perte, en désinvestissant l'énergie psychique de l'objet d'attachement et des liens qui l'unissent à la personne endeuillée. Cela implique que la personne endeuillée procède au retrait progressif de sa libido vis-à-vis de l'objet perdu, et ensuite pouvoir la réinvestir vers de nouveaux objets.

En d'autres termes, cette énergie – la libido – qui a été en quelque sorte déchargée à travers toutes les interactions avec un objet ne trouve plus le moyen de se libérer en son absence. La douleur émotionnelle est le fruit de l'accumulation de cette énergie, qui ne peut se satisfaire et se trouve en constante recherche de l'objet ainsi perdu. À travers cette logique, la guérison est donc le processus de redirection de la libido vers des objets d'attachement avec lesquels la décharge peut avoir lieu. Ce processus aussi douloureux soit-il est nécessaire pour garantir un certain équilibre psychologique et un renouvellement de la motivation d'aimer Hagan (2001).

La réalité de la perte finit normalement par s'imposer, on parle dans ce cas de résolution du deuil, mais ce processus se réalise plutôt lentement et est souvent coûteux, car il déploie un temps et une énergie psychique considérable. Il arrive cependant que le deuil ne se trouve pas résolu, enfonçant alors l'individu dans un deuil pathologique ou dans la mélancolie. Ce type d'issue est, selon Freud (1915), peu fréquent et aurait tendance à se produire quand la personne défunte a été l'objet d'un amour ambivalent et d'un attachement excessif voire violent.

Les écrits de Freud ont eu, dans le domaine du deuil, une influence très importante sur les recherches qui ont suivi sa parution et constitue encore aujourd'hui la base théorique. À la suite de Freud, plusieurs autres auteurs tels que : Mélanie Klein (2004), Jacques Lacan (1958), Lindemann (1944), Bowlby (1978), Deschaux, Hanus, & Jésus (1998), Kouassi (2005) ont également mené des études sur le deuil.

Les travaux de Mélanie Klein (2004) sur le deuil apporteront un nouvel aspect ; celui des processus d'identification du deuil. Elle va décrire une phase de développement chez l'enfant : la position dépressive.

Klein parle ici, d'un deuil précoce où se déploie une problématique qui sera réactivée lors de chaque expérience de deuil. « Dès le commencement de la vie, le moi introjecte de bons et de mauvais objets, dont le prototype, dans un cas comme dans l'autre, est le sein de la mère, prototype des bons objets lorsque l'enfant reçoit, des mauvais lorsqu'il lui manque. » selon elle, c'est parce que le nourrisson projette sa propre agressivité sur ces objets qu'il les ressent comme mauvais... ce clivage des imagos aboutit à la constitution d'un monde intérieur où l'objet aimé qui manque, devenu dès lors persécuteur, et que chaque objet de deuil viendra réactualiser, menacera les bons objets internes. L'absence de solidité des bons objets internes est pour Klein, le point commun aux maniaco-dépressifs et à ceux qui échouent dans le deuil. Or la perte ne peut être ressentie comme totale, qu'à partir du moment où l'objet est aimé comme un objet total. Ainsi l'insupportable du manque de l'autre, son imperfection, c'est ce que tout deuil réactualise.

Jacques, L. (1962), quant à lui, parle du deuil en lui attribuant une fonction radicale. En effet, selon lui, il n'y a pas de relation d'objet sans deuil. On peut dire que si Freud a fait de l'introjection du deuil le creuset des identifications du moi, Lacan, lui, utilise l'identification du deuil comme la matrice de la relation d'objet et de l'accès à une position subjective. En effet le modèle de tout objet est celui qui aura radicalement manqué et qui aura par-là même fait advenir l'individu comme sujet d'un manque. Ce manque est à entendre dans une relation de réciprocité car il est vrai que « nous ne sommes en deuil que lorsque quelqu'un dont nous pouvons nous dire : j'étais son manque. »

Pour Lacan (1958), le caractère total, radical du deuil permet de penser l'objet cause du désir. Lorsque l'on sait que les rituels de deuil visent premièrement à donner une place aux morts, une sépulture qui le sépare des vivants. De même, pour l'endeuillé, la question sera de retrouver une place pour son désir, la place vide d'un manque, alors que l'être perdu est venu représenter pour lui, et donc obturer, ce manque. Cette place est celle que Lacan (Op.cit) désigne comme celle du phallus et si la fonction du deuil lui paraît éclairante pour la situer, c'est que cette place ne dégage qu'à partir d'une perte radicale à décliner dans les 03 registres : réel, symbolique, imaginaire.

Par ailleurs, si le postulat freudien est qu'il n'y a pas de représentation de la mort dans l'inconscient, Lacan, lui, souligne que l'objet perdu dans le deuil « accède à une existence d'autant plus absolue qu'il ne correspond plus à rien qui soit ». C'est donc par excellence le moment de convocation de l'ordre symbolique, mais aussi la question de l'impuissance de dit

ordre à couvrir complètement, sans reste le réel. Et c'est donc à ce moment que se mettent en place les formations plus ou moins pathologiques de l'imaginaire. Dit autrement, si tout deuil peut avoir une fonction maturante, c'est d'abord parce qu'il remet en place l'irréductibilité d'une perte et c'est la prise en compte de ce reste irréductible qui engage le processus de substitution. C'est dire que la manière ou encore la façon dont une société traite les restes du défunt est d'importance.

De son côté, Lindemann (1944), en se basant sur ses recherches auprès d'un large échantillon de personnes endeuillées d'une petite bourgade des Etats-Unis, insistait sur le fait que le deuil est non seulement une réponse à la perte d'un être cher, mais que son déroulement s'organiserait en une série d'étapes ou d'événements qui bouleverserait les habitudes de la personne en situation de deuil. Après analyse des approches de Freud sur le deuil, Bowlby (1978), plus de trente ans plus tard, établissait quant à lui que le deuil constituerait le versant négatif de l'attachement, car résultant d'une rupture entre la figure d'attachement et l'individu (Seguin & Frechette, 1995). Ce processus de détachement est une réaction tout à fait logique et naturelle face à la séparation (Bacqué & Hanus, 2009).

Son corollaire la mort a été évoqué par des auteurs comme Deschaux, J., Hanus, M. & Jésus, F. dans leur ouvrage intitulé « *les familles face à la mort* » (1998), nous font part de leur réflexion concernant les interactions entre les réalités de la mort et celles des familles. Ils dégagent à cet effet trois (03) points forts:

Premièrement, ils confirment le rôle essentiel et incontournable de la famille dans le vécu individuel de la mort avant, pendant et après sa venue ; les deux autres points se rapportent plutôt aux dynamiques en œuvre dans le domaine de la vie. Plusieurs indices ont semblé montrer tout au long de leurs travaux que l'on assiste à une resocialisation de la mort mais paradoxalement, cette dimension sociale retrouvée laisse ouverte la question de la ritualisation actuelle de la mort. Sans toutefois nier la réalité, ni la profondeur des évolutions en cours, il n'est pas sûr qu'il faille sans précautions y voir la fin de l'attitude de fuite et d'occultation qui s'est généralisée dans les sociétés occidentales depuis quelques décennies. C'est cela qui a ravivé l'interrogation selon laquelle, sur quelles bases et à quelles conditions une véritable alternative à la « solitude des mourants » peut-elle se dessiner ?

Kouassi, K. (2005), pense la mort comme un événement qui dépend de l'organisation de la vie et elle est vécue toujours comme une limite de l'individu que toutes les sociétés cherchent à faire reculer ou à contourner par des moyens divers.

Il fait ressortir l'idée selon laquelle, la mort des petits enfants (sans dents et pas encore nommés) ainsi que celle du fea dans le groupe socio-culturel Akan-Ashanti ne doit pas être pleurée, mais par contre le vieillards comblé d'année qui a réussi sa vie et bien remplie son contrat sera l'occasion des festivités puisqu'il retourne au pays des ancêtres appelé Blooko. Quant à la mort d'un adulte producteur et procréateur, elle est perçue comme une perte grave qui bouleverse l'équilibre des survivants et cela se dit en baoulé (ethnie du centre de la Côte d'Ivoire, rattachée linguistiquement au groupe Akan-Ashanti) « oha saki », c'est-à-dire quelqu'un s'est brisé, il est gâté ». À ce moment, le deuil paraît donc obligatoire et nécessaire. Chaque individu est amené au cours de son existence à l'effectuer.

Plus loin, l'auteur dans son récit nous fait comprendre que dans les sociétés africaines modernes, les attitudes faces à la mort se sont modifiées voire certains rites viatiques sont en train de disparaître au profit des funérailles ostentatoires et onéreux. Par contre quel que soit l'évolution de la modernité le dit-il, la société baoulé continue de conserver des rites de mises en route du défunt ou de la défunte vers les Blooko c'est-à-dire l'au-delà, est un ensemble de rites qui prépare à la renaissance au pays des ancêtres. Dans cette société, la toilette mortuaire reste le rite primordial pour car l'auteur cela leur permet d'humaniser la mort c'est-à-dire aider les vivants à ressentir moins douloureusement leur propre mort.

Alors, il y va sans dire que la réalité de la perte finit normalement par s'imposer, on parle dans ce cas de résolution du deuil, mais ce processus se réalise plutôt lentement et est souvent coûteux, car il déploie un temps et une énergie psychique considérable. Il arrive cependant que le deuil ne se trouve pas résolu, enfonçant alors l'individu dans un deuil pathologique ou dans la mélancolie. Ce type d'issue est, selon Freud (1915), peu fréquent et aurait tendance à se produire quand la personne défunte a été l'objet d'un amour ambivalent et d'un attachement excessif voire violent. Les écrits de Freud ont eu, dans le domaine du deuil, une influence très importante sur les recherches qui ont suivi sa parution et constitue encore aujourd'hui la base théorique.

Au vu de ce qui vient d'être dit, les différents travaux de ces auteurs ont abordé le deuil dans un sens assez large ou mieux encore dans un sens général. Par contre le deuil sera abordé dans

cette recherche comme liée au contexte de la covid-19 raison pour laquelle, nous avons choisi d'ouvrir cette brèche qui vient compléter ce que les pionniers ont évoqué auparavant.

3.3 THÉORIES

La théorie est selon les Dictionnaires Le Robert (2022), un ensemble organisé d'idées, de concepts abstraits appliqué à un domaine particulier. C'est un système formé d'hypothèses, de connaissances vérifiées et de règles logiques. Pour Tsafack (2000), une théorie est « l'ensemble de concepts, de prépositions, de modèles articulés entre eux qui a pour but d'expliquer un phénomène ». De ce fait, chaque sujet de recherche peut s'inscrire dans un contexte soutenu par une ou plusieurs théorie(s) existantes.

Classiquement deux grands types de théories ont influencé l'étude du deuil. Nous allons évoquer une troisième théorie sur les signifiants chez Lacan. Il s'agit d'abord des théories de l'attachement Bowlby (1980) (cité par zech, 2006) qui proposent un cadre de compréhension des effets du deuil en termes de cassure des « liens affectifs » et en termes de différences individuelles à la réponse à la perte. Il s'agit ensuite des théories cognitives du stress (Folkman, 2001) qui continuent à avoir un impact important sur les recherches récentes dans le domaine du deuil, notamment à cause de la reconnaissance du rôle joué par les émotions positives dans l'adaptation au deuil.

- **Théorie psychanalytique**

Freud définit le deuil comme « la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction venue à sa place, comme la patrie, la liberté, un idéal, etc » Freud (1986 :146). Cependant, s'il reprend la symptomatologie psychique classique de la mélancolie (humeur profondément triste, désinvestissement du monde extérieur, inhibition, autodépréciation et idées délirantes de ruine), il la rapproche de celle du deuil grave sauf pour une dimension : celle du trouble du sentiment de soi. Cette idée se trouve résumée dans la formule suivante : « Dans le deuil, le monde est devenu pauvre et vide ; dans la mélancolie c'est le moi lui-même » (p. 150). Freud pose les bases du modèle psychanalytique du deuil ; il décrit dans son célèbre article « Deuil et mélancolie » les différences entre le travail qu'opère l'endeuillé à propos de l'objet perdu (bien réel) et l'ignorance qu'a le mélancolique à l'égard de sa perte inconsciente (perte du moi). La comparaison avec la mélancolie conduit à deux conclusions : d'une part, le deuil de l'objet perdu passe par un travail conscient et inconscient de détachement, celui-ci s'avère par essence douloureux et les manifestations dépressives sont liées à la reconnaissance de la

réalité ; d'autre part, la dépression du deuil est normale. Bien qu'elle puisse être comparée à la dépression pathologique du mélancolique, elle s'en distingue par le fait, essentiel, que l'objet perdu est bien réel, que celui-ci ne s'avère pas totalement identifié au sujet et que l'ambivalence, plus ou moins prononcée dans tout choix d'objet, ne conduit jamais à la haine de soi (Bacqué et Hanus, 2000). L'essentiel du travail de deuil est représenté par le détachement douloureux des liens avec le défunt. Le texte « Deuil et mélancolie » est toujours pris comme référence ; Freud y introduit pour la première fois la notion de travail de deuil, s'inspirant d'un article de son élève K. Abraham.

Le deuil est considéré comme un phénomène normal. Cependant, comme tout ce qui est consécutif à un traumatisme, une élaboration psychique se révèle indispensable pour permettre une liaison entre les divers événements qui ont submergé le moi du sujet. Ce dernier entre alors dans une période de dépression et de focalisation sur l'objet d'amour perdu jusqu'à ce que comme le soulignent Laplanche et Pontalis « le moi, pour ainsi dire obligé de se décider s'il veut partager le destin de l'objet perdu, considérant l'ensemble des satisfactions narcissiques qu'il y a à rester en vie, se détermine à rompre son lien avec l'objet anéanti » (Bacqué, 1992). Pour Freud, le moi sert de médiateur entre les pulsions internes du sujet et la réalité du monde extérieur ; il est le siège des mécanismes de défenses inconscients élaborés pour se protéger contre l'angoisse. Ainsi, c'est à son niveau que s'opère le travail de deuil.

Freud établit une gradation entre deuil normal, deuil pathologique et mélancolie. L'état de deuil constitue une sorte de dépression normale. Le deuil normal est donc lié à des causes discernables, il présente des signes caractéristiques et trouve sa résolution d'une façon à peu près constante, après un délai relativement régulier. Le deuil sera considéré comme achevé lorsque la personne reprendra une relation affective ou bien un investissement équivalent en termes d'énergie libidinale.

Dans un deuil pathologique, l'ambivalence du sujet à l'égard de l'objet perdu le fait se sentir coupable de sa disparition et modifie le deuil en le différant ou en rallongeant sa durée. Dans la mélancolie, le moi s'identifie à l'objet perdu et déclenche une recherche de sanction qui peut conduire au suicide.

Les travaux de Freud ont provoqué un grand intérêt chez les psychanalystes. Un article de Deutsch sur l'absence de deuil a aussi été très influent : cet auteur souligne que l'absence d'affliction est anormale à la suite d'une perte grave et risque par conséquent d'entraîner des

troubles psychiques. Le passage nécessaire par la souffrance liée à la reconnaissance de la réalité de la perte est confirmé, il s'agit d'une phase indispensable pour intégrer la permanence de l'absence.

Daniel Lagache montre que les rites de deuil permettent une séparation entre les vivants et les morts, limitant la culpabilité et la durée du deuil. Melanie Klein développe un modèle fondamental avec l'idée que tout deuil est la reviviscence d'un deuil originel, celui de la séparation d'avec la mère. Cette séparation correspond à la reconnaissance du fait que la mère est « un individu qui mène une vie propre et a des rapports avec d'autres personnes » (cité par Bacqué & Hanus, (2000 : 24). Elle est contemporaine de la reconnaissance de la mère comme objet total, c'est-à-dire capable de donner le bon comme le moins bon ; la possibilité de voir s'éloigner sa mère sans se sentir abandonné va permettre à l'enfant d'explorer son univers extérieur mais surtout psychique. La tristesse suit la désillusion ressentie à l'égard de cette mère non entièrement dévolue à son enfant, mais elle traduit aussi l'agressivité de l'enfant face à celle qui le laisse pour le retrouver. Cette phase nommée « position dépressive » est essentielle ; elle permet la maturation de l'enfant et constitue le prototype de ses réactions ultérieures à la perte. Selon Lindemann, le sujet doit se détacher de tous les événements réels et fantasmatiques partagés avec le défunt. Toutes les situations doivent être « démontées en pensées et en souffrance » (thought through and pained through). Seul l'endeuillé peut se désinvestir (to deatheat) : la souffrance est la garantie de ce détachement (Bacqué et Hanus, 2000).

▪ **Théorie de l'attachement**

Elle est un dérivé de la théorie psychanalytique. Bowlby a fait de l'attachement un instinct humain fondamental, une pulsion autonome à construire des liens puissants et durables. Cette conception s'avère plutôt « biologique », elle s'apparente aux phénomènes d'empreinte décrits par les éthologues, elle est applicable aux animaux comme aux jeunes enfants. Les effets de la séparation brutale mère-enfant ont été observés chez les jeunes primates comme chez les bébés humains. Bowlby a mis en évidence trois étapes dans les réactions de l'enfant séparé de sa mère : la protestation et la rage ; la recherche intense et le désespoir ; le renoncement (Bourgeois, 1996). Ce modèle dans lequel l'anxiété de séparation domine et précède l'état dépressif inspire considérablement de nos jours l'interprétation du deuil. La réponse naturelle à la perte est une anxiété de séparation présument un comportement prévisible, destiné à entretenir ou à revitaliser la relation avec l'objet perdu. Les comportements de protestation puis de recherche prolongée sont retrouvés ; l'espoir d'une restauration du lien s'amenuisant, ce

comportement de recherche cède la place au désespoir et au détachement. La reconnaissance douloureuse de l'irréversibilité de la perte conduit alors à un comportement de réorganisation. Ainsi, le comportement de deuil est conçu comme une série de « conduites d'attachement » : pleurs, agitation, recherche de l'objet perdu, attaques agressives de tout ce qui fait obstacle à cette recherche, maintien de la mémoire complète pour garder en soi la personne vivante.

Le travail de deuil permet au survivant de repréciser sa relation au mort et, par ailleurs, de créer des liens nouveaux et durables, tout en conservant d'une certaine façon des liens avec le défunt. La réalité exige de l'endeuillé d'accepter la perte pour une adaptation valable et pour poursuivre sa vie dans le monde réel dans lequel manque concrètement une personne essentielle. Les besoins psychologiques imposent une demande opposée de maintenir la relation perdue qui, bien qu'illusoire, reste très forte dans la réalité psychique du survivant. Il s'agit de retrouver un équilibre entre les valences de la séparation et de l'attachement, ce qui explique la fréquente et intense anxiété. La persistance d'une certaine forme de relation fournit en général un réconfort psychologique (Bourgeois, 1996).

▪ **La théorie de la position dépressive**

Mélanie Klein (2004), suite à la perte brutale de son fils Hans, a théorisé la position dépressive. C'est une constellation psychique qu'elle définit comme centrale dans le développement de l'enfant, normalement éprouvé pour la première fois vers le milieu de la première année de vie. La position dépressive est régulièrement revisitée et affinée pendant la petite enfance ainsi que par intermittence tout au long de la vie. La prise de conscience des sentiments et des fantasmes de haine à l'égard de l'objet aimé, généralement la mère, y est centrale.

Auparavant, objet d'amour et objet de haine sont ressentis comme deux objets partiels séparés : idéal et aimé, persécuteur et haï. Lors de cette période très précoce, l'angoisse principale concernait la survie du self. Dans la position dépressive, l'angoisse est aussi ressentie à l'égard de l'objet. Si l'on peut supporter en soi la coexistence des figures aimées et haïes, l'angoisse commence à se centrer sur le bien-être et la survie de l'autre, en tant qu'objet total. Cela donne lieu finalement à une culpabilité emplie de remords et une tristesse poignante en lien avec la profondeur de l'amour. Alors qu'on se languit de ce qui a été perdu ou endommagé par la haine survient un désir ardent de réparation. Les capacités du moi s'agrandissent et le monde est perçu de façon plus riche et plus réaliste. Le contrôle omnipotent sur l'objet, perçu

alors comme plus réel et séparé diminue. La maturation est ainsi liée étroitement à la perte et au deuil.

Reconnaître l'autre comme un être séparé de soi-même prend en compte les relations aux autres ; c'est ainsi que la prise de conscience de la situation œdipienne accompagne inévitablement la position dépressive. L'émergence de l'angoisse et de la douleur dépressives est contrecarrée par des défenses maniaques et obsessionnelles et par un repli vers le clivage et la paranoïa de la position schizoparanoïde. Les défenses peuvent être transitoires ou alors elles peuvent se fixer de façon rigide ce qui empêche de face à la position dépressive et la surmonter.

Le terme position dépressive de manière générale se rapporte à chaque étape de la vie, à l'expérience de culpabilité et de chagrin générées par les attaques haineuses et par la dégradation des objets externes et internes. La position dépressive varie selon Mélanie Klein, en fonction du niveau de catastrophe ressentie sur une échelle allant du deuil normal pour une perte, à la dépression sévère.

▪ **Théorie en cinq étapes de Kübler-Ross**

Kübler-Ross, psychiatre suisse renommée, a conduit ses recherches en se basant sur de nombreuses interviews menées auprès d'une population de cancéreux en phase terminale. En 1969, elle publie son premier livre, « On death and dying », en prenant le soin de préciser que son ouvrage n'est pas un manuel ou une recherche appuyée sur des études en psychologie mais plutôt un recensement de toutes ses expériences et observations cliniques. À partir de ces expériences de terrain, composées de nombreux entretiens et rencontres avec des patients en phase terminale, Kübler-Ross (1969) et son équipe ont essayé de synthétiser les différentes stratégies de coping mises en place par ces patients avant leur mort. C'est de cette manière que les désormais célèbres « cinq étapes du deuil » ont vu le jour. Ces étapes ne concernent évidemment pas les éventuels changements physiques auxquels les personnes mourantes sont confrontées, mais décrivent plutôt la manière dont ces dernières se préparent psychologiquement à l'idée de leur mort prochaine. C'est uniquement par la suite que Kübler-Ross va les appliquer à d'autres types de perte, telle la mort d'un être significatif, la perte d'un emploi, une rupture amoureuse, etc.

Les cinq étapes du deuil sont respectivement :

- Le refus : Dans un premier temps, lorsqu'était faite l'annonce de l'échec du traitement et que cela impliquait une fin de vie potentiellement proche, la réaction la plus souvent observée chez les patients était l'incrédulité, la surprise, une difficulté à concevoir que c'était de leur situation dont il s'agissait dans cette annonce. Ce comportement des patients fut nommé étape du REFUS. Le refus va être la première étape dans une chronologie de cinq.
- L'irritation : Rapidement après l'annonce, l'attitude de refus face à la teneur du discours du corps médical, il va être observé une évolution dans l'attitude du patient qui, après le refus, va exprimer son agacement vis-à-vis de ce qui vient de lui être annoncé. C'est ce qui est considéré comme la seconde étape : l'irritation. La nuance entre la première et la seconde étape ne s'inscrit pas dans leur logique qui est celle d'échapper à la situation, mais la façon d'y faire face. Dans la première étape, celle du refus, le patient tente d'échapper aux événements en s'inscrivant dans une logique de fuite face à eux. N'y parvenant pas, il s'inscrit, non plus dans une dynamique de fuite, mais a contrario de combat, qu'il exprime par une forme d'agressivité. Le destinataire de cette agressivité pouvant être celui qui annonce la nouvelle, la médecine en général, Dieu le sort ou tout autre objet que le patient désignera comme bouc émissaire.
- Le marchandage : Pour sortir de cet état de colère, le patient va adopter un nouveau comportement qui va être caractérisé par une tentative d'influer sur les événements. Élisabeth Kübler-Ross nous rappelle que cette étape est moins connue que les autres (du moins en 1965 quand son livre est publié). Cette tentative de la part du patient d'essayer d'infléchir le cours des choses est nommée l'étape du marchandage. Par sa tentative de négociation, le patient tente ainsi de redevenir acteur des événements. Cette étape du marchandage va durer tant que le patient aura l'impression de pouvoir infléchir les causes à l'origine des faits qui lui ont été annoncés. Il pourra être observé des tentatives de chantage, toujours dans la logique d'agir sur les événements.
- la dépression : L'étape du marchandage va s'arrêter lorsque le patient va prendre conscience de son incapacité à infléchir les choses (du moins de la façon dont il espérait le faire). En se rendant à l'évidence de son impuissance, et l'évolution potentielle de ses symptômes somatiques sont là pour lui rappeler l'inexorabilité de la situation qu'il vit. Le marchandage va donc laisser la place à la quatrième étape qui est celle de la dépression. Cette étape est induite par l'incapacité du patient à faire abstraction de ce qui lui arrive et conjointement, la même incapacité à influencer sur les événements qui surgissent inexorablement. L'étape de la dépression est induite selon l'auteur par deux

principaux facteurs. Le premier, intellectuel, le patient ne peut pas faire autrement que d'acter qu'il est en incapacité de trouver une solution ou une stratégie qui lui permettrait de venir contrarier le dérouler de la logique des événements et la seconde, plus somatique, qui, au vu de l'évolution de la maladie, peut générer un réel épuisement physique chez lui.

- L'acceptation : Il nous faut rappeler que les observations de Kübler-Ross portent sur le patient en fin de vie et non pas sur d'éventuelles étapes que pourraient traverser les accompagnants du patient. Dans le cas où il n'y a pas de décès soudain du patient et s'il a pu traverser les quatre étapes qui précèdent, il va entrer dans la dernière des cinq phases du deuil selon l'auteur, c'est l'étape de l'acceptation. Lors de cette ultime étape, le docteur Kübler-Ross nous précise en parlant du patient : « ... pour lui et il pourra regarder sa fin imminente d'un œil relativement apaisé. » (Kübler-Ross, E., 1969, *Les derniers instants de la vie*, 1975, p. 121). Cette dernière étape est donc celle de l'apaisement où le patient, à la lumière des propos de l'auteur, semble trouver une certaine sérénité, où il retrouve une certaine sagesse lui permettant de faire face à l'événement inéluctable de sa mort imminente.

Si le modèle a été souvent évoqué dans le passé et est une base de référence pour les personnes travaillant dans le domaine de la santé et plus particulièrement dans l'accompagnement de fin de vie, il est de plus en plus critiqué. En effet, son caractère linéaire et rigide ne rend pas compte de la complexité et la singularité des processus sous-tendus dans la perte d'un être cher. Les auteurs de ce modèle vont eux-mêmes combattre cette idée, dès l'introduction de leur dernier ouvrage « *On Grief and Grieving* » : Depuis que nous avons présenté ces cinq phases du deuil, il y a trente ans, leur définition a évolué, car ces notions ont parfois été mal comprises. Jamais il n'a été question de diviser l'évolution d'un processus complexe en paliers clairement distincts les uns des autres. [...] Tout le monde ne passe pas forcément par ces cinq étapes et les réactions ne suivent pas toujours le même ordre. (Kübler-Ross & Kessler, 2011).

Comme le soulignent également Schuchter & Zisook (1993) dans le « *Handbook of bereavement* », les cinq étapes du deuil décrites par Kübler-Ross ne sont pas un processus continu et linéaire, un guide ou un canevas que l'endeuillé devrait suivre point par point, mais sont plutôt composé de phases souples qui peuvent se chevaucher et qui vont varier selon les personnes et les types de deuil.

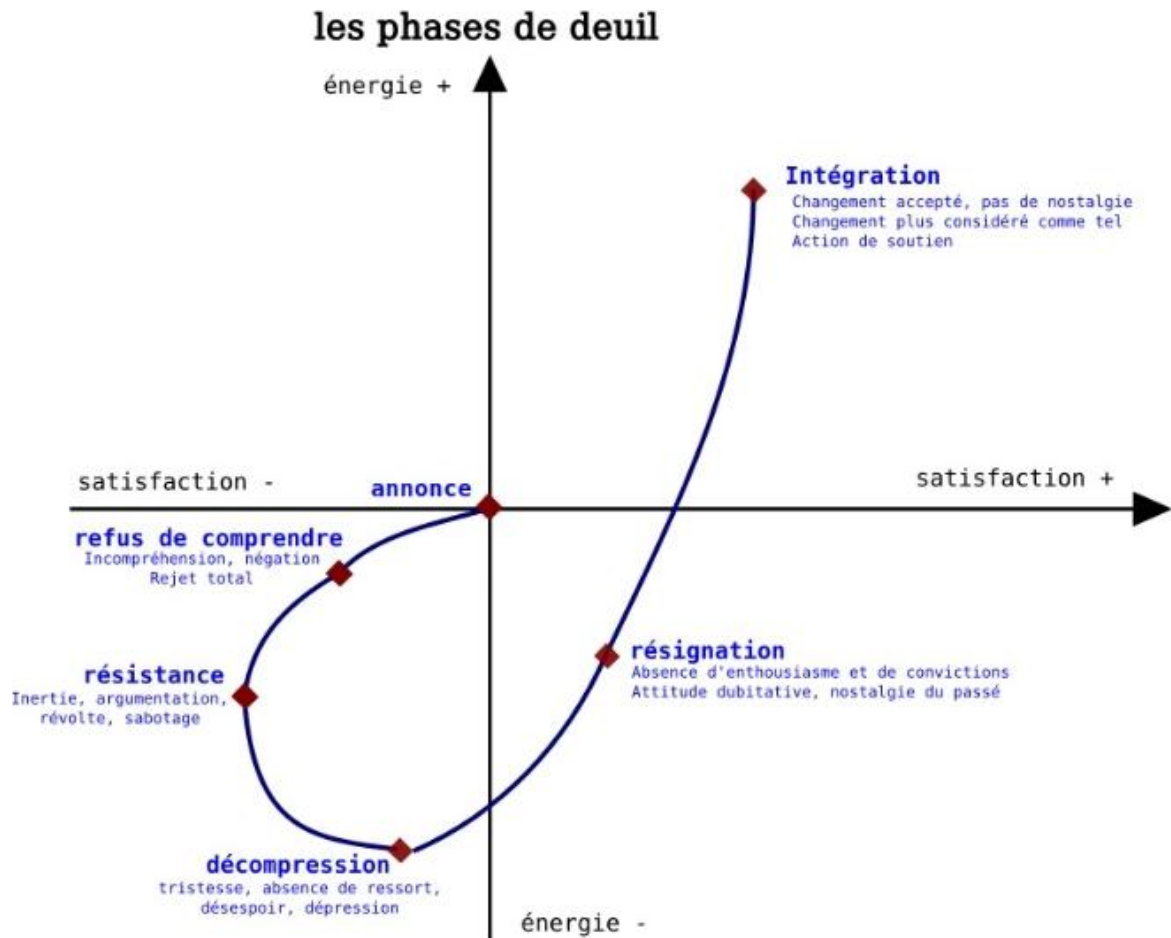


Figure 1 : *modèle en cinq étapes de Kübler-Ross*

- **La théorie des oscillations**

La plupart des chercheurs ont essayé d'élaborer des modèles et principes explicatifs permettant de comprendre comment les individus affrontent le travail de deuil et font face à la perte de l'être aimé. Leurs modèles théoriques plus anciens accordent généralement une importance primordiale au fait que ces derniers se confrontent à la perte, en exprimant la peine ou les souvenirs qui lui sont associés Freud (1917), Lindemann (1944), Bowlby (1980). Dans cet ordre d'idées, il serait alors fondamental, pour faire un « travail de deuil » efficace, d'amener le plus souvent possible à la conscience de la personne endeuillée la réalité de la perte, sa suppression étant perçue comme problématique et inadaptée.

Pendant, des recherches plus récentes ont mis en évidence les limites potentielles inhérentes à cette théorie du travail de deuil mais également le fait que d'autres processus que la confrontation doivent être pris en considération pour rendre compte de ce que vivent les endeuillés au jour le jour Stroebe (1992).

Partant de ce constat et de leurs observations cliniques, Stroebe et Schut (1999), écrivent leur premier article et présente un modèle s’inspirant de la théorie cognitive du stress, des théories d’attachement ainsi que du syndrome de réponse au stress : « The Dual Process Model of coping with bereavement ». Ce modèle, bien qu’innovateur dans sa manière d’appréhender la dynamique qui sous-tend le processus de deuil, revisite et tente d’améliorer les modèles plus anciens. Son approche ne prend en compte, dans sa première version, que le penchant individuel.

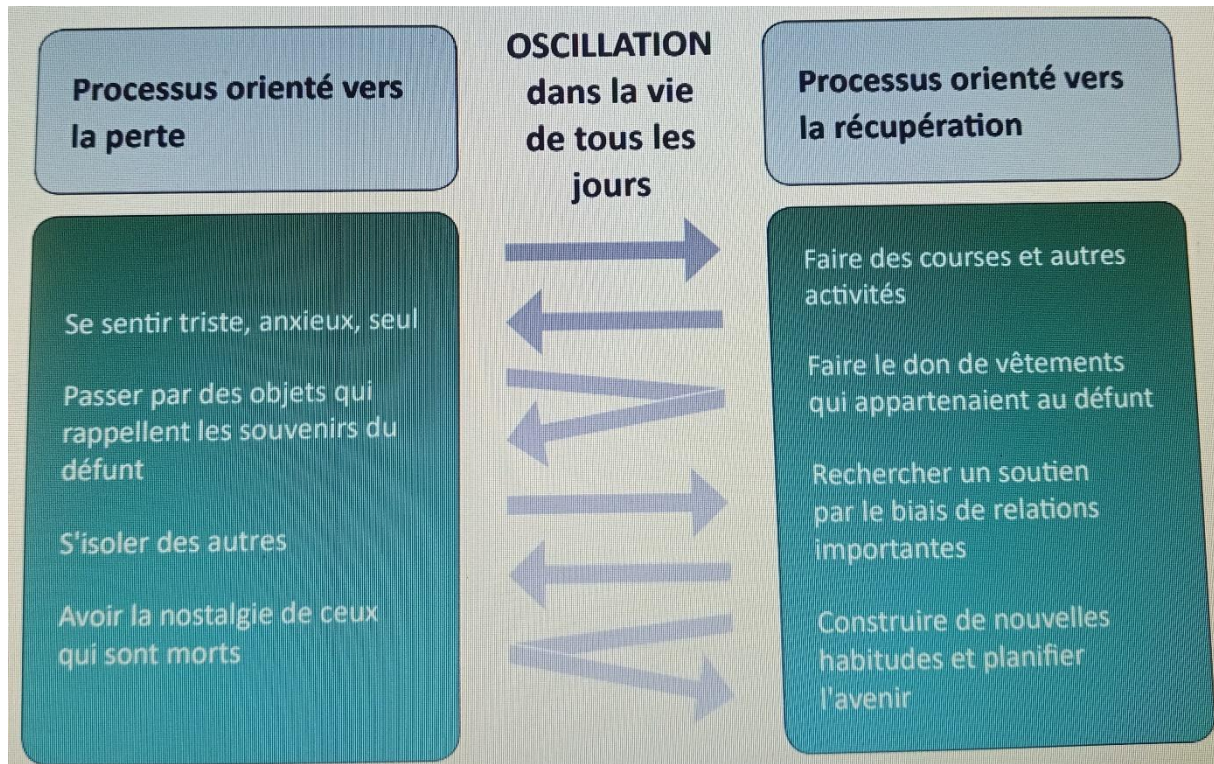


Figure 2 : schéma des oscillations

Les deux auteurs partent du principe que les personnes endeuillées ne doivent pas seulement s’ajuster à la perte de l’être aimé, mais aussi aux conséquences de cette perte, c’est-à-dire à tous les changements que cette dernière va provoquer dans les différentes sphères de leur vie Zech (2006, p. 25). Ces deux types de stressors, respectivement appelés par leurs auteurs « orientation vers la perte » et « orientation vers la restauration », sont des sources potentielles de stress et d’anxiété. Face à ces deux catégories de stressors, la personne endeuillée peut enclencher des stratégies d’adaptation appropriées. Cela permet de mieux saisir les différences individuelles dans la façon dont les gens s’ajustent suite à la perte d’un être cher, en traduisant parallèlement la dynamique du processus de gestion de cet événement Zech (2006, p. 58).

Le DPM-R tente de faire coexister deux processus d'adaptation, d'une part l'évitement ou la confrontation à la perte elle-même et aux émotions qui lui sont associées, et d'autre part la confrontation ou l'évitement des facteurs de stress secondaires. Les stratégies orientées vers la perte tendent principalement à s'ajuster de la manière la plus efficace à la perte de la personne décédée et à son absence physique. Elles se réfèrent donc au travail lié au chagrin, à la perte du lien et des pensées concernant le défunt. L'élément au centre de cette catégorie de stratégie est la confrontation avec les émotions engendrées par la perte et sur sa signification (Zech, 2006). Les stratégies orientées vers la restauration vont quant à elles se référer à la prise en charge des stressors secondaires. L'orientation vers la restauration va impliquer des stratégies de coping orientées vers la gestion de la perte (redéfinition des croyances de base, des rôles, de l'identité, etc.) Stroebe & Schut (2010). Dans un contexte de mort périnatale, la personne en deuil aura tendance à favoriser certaines stratégies d'ajustement, comme par exemple la restructuration de sa nouvelle identité de parent endeuillé, la réorganisation de la vie quotidienne sans le bébé ou encore le fait de s'adapter à une certaine forme de solitude Hansson & Stroebe (2007, p. 92). La mise en place de stratégies orientées vers la restauration peut être perçue comme une tentative active de se tourner vers l'avenir et de restructurer sa vie. Ces stratégies sont ainsi appelées « tâches de restauration ».

Le modèle rend également compte de l'oscillation entre deux types de tâches, orientées soit vers la restauration soit vers la perte. C'est cette oscillation qui va agir comme un régulateur, la personne en situation de deuil passant souvent d'un pôle à un autre (Stroebe & Schut, 1999). Partant de ce principe, ce modèle postule qu'il est essentiel de se confronter délibérément à la perte, tout en étant capable de s'orienter vers l'oubli lorsque la confrontation devient trop pénible. Ces moments de pauses, impliqués par ce processus d'oscillation, seraient importants et utiles pour le maintien de la santé physique et psychologique des personnes en situation de deuil. La perturbation ou la suppression de ce processus d'oscillation pourrait indiquer un deuil compliqué.

▪ **Théorie du signifiant de Lacan**

Parler du concept de signifiant implique de venir à son origine. En effet il est issu de la linguistique notamment de Ferdinand De Saussure (cité par Bibeau, 1983). Pour saisir ce concept, il est important de remonter au fondement en linguistique notamment avec le concept de signe. Cette dernière place d'une part la langue au niveau d'une sémiologie générale, et d'autre part permet d'établir un apport particulier entre l'esprit humain et le réel concret. (Bibeau, 1983). Dans cette perspective le signe est constitué de deux types de représentation à

savoir : une représentation mentale de l'objet (signifié) et une représentation mentale des sons correspondant à l'objet (signifiant). Donc par signe Saussure entend l'ensemble des images mentales des objets et des sons des objets correspondant. Ainsi « pour que les membres d'une collectivité puissent parler, il est nécessaire qu'ils aient les mêmes signes, c'est-à-dire les mêmes rapports signifiés signifiants » (Bibeau, 1983).

Dans le domaine de la psychologie qui nous intéresse, Lacan est celui qui introduit le concept de signifiant en psychologie plus précisément en psychanalyse à travers son système RSI (Réel, Signifiant, Imaginaire). Concrètement, à partir de 1984, Lacan s'efforce de réintégrer le symbolique par le signifiant. Il s'inspire aussi de Lévi-Strauss sur la structure élémentaire de la parenté en 1949. Dont il retient l'accent qu'il a mis sur la fonction du signifiant au sens qu'a ce terme à la linguistique. Le signifiant devient un élément discret (au sens mathématique) c'est-à-dire individuel, invisible, caractérisé par sa présence ou son absence, la trace porteuse de sens, le support matériel du discours. « Le signifiant, c'est ce qui représente le sujet pour un autre signifiant » Palmier (1972), Vanier (1998).

Ainsi, ce que l'on dit être n'est que la résultante de ce que l'autre perçoit de nous ; cela dépend de la façon dont ce dernier nous appréhende. La réaction, les agissements que l'on mène au quotidien ne sont que la somme d'une chaîne de signifiant que l'individu a acquis tout au long de son évolution et donc ses agissements et même les interprétations qu'il en fait ne peuvent se faire en dehors de cette chaîne de signifiant préalablement inscrite à ce sujet ; c'est-à-dire une réalité qui se fait à partir des 5 sens, rendant le réel inaccessible.

De ce fait, les investigations de Lacan lui ont permis de tableur sur un ordre symbolique organisateur de la vie humaine. Ainsi, dans un premier temps, le signifiant est compris comme un élément du discours, repérable au niveau de l'inconscient, qui représente le sujet et le détermine. Chemama (1995). Cette conception tire son origine de la psychanalyse à travers les travaux de Freud pour ce qui est de la cure. Celle-ci consiste pour le sujet à faire revenir à la conscience les événements inconscients, à travers la technique des associations libres d'idée. Ainsi, à partir des premières cures des premières hystériques conduites par Breuer, Freud « fait déjà ressortir ce trait sans doute plus important même que la "prise de conscience" : la verbalisation ». Dans cette perspective, le symptôme vient à la place de cette verbalisation et disparaît lorsque le sujet a pu dire ce qui l'affectait.

En effet, l'essentiel des travaux de Lacan porte sur une conception structurale de la vie psychique élaborée à partir de ses lectures de travaux de linguistes Dît Rocco (2006, p. 58) La distinction majeure faite par les linguistes entre signifiant et signifié va prendre un rôle organisateur dans les travaux de Lacan dans la mesure où, l'articulation variable entre le

signifiant et le signifié permet d'assurer la signification ainsi que l'évolution de la langue et de son usage. Le signifiant en lui-même n'a pas de lien interne avec le signifié, il ne renvoie à une signification que parce qu'il appartient à un système signifiant, un système symbolique. (Dit Rocco, 2006). Lacan assimile en grande partie sa vision structurelle de l'inconscient à la structure de langage décrite par les linguistes. Ainsi, il nous fait comprendre que « Du symbole au langage il n'y a qu'un pas. Le symbole se transforme en langage lorsqu'il est en plus libéré de la contingence d'une matérialité trop forte à quoi s'associe la permanence d'un sens, d'un concept. Ainsi naît l'univers du sens » Juignet (2003, p. 71).

Ainsi, les signifiants selon Lacan relèvent d'un ordre symbolique qui se dialectise avec d'autres registres essentiels : l'imaginaire et le réel ; en effet, comprendre la théorie du signifiant chez Lacan ne peut se faire sans la compréhension de son système RSI ; c'est-à-dire Réel Symbolique Imaginaire. Ce système permet de regarder une situation de plusieurs façons différentes, mais il n'y en a pas une qui prime, elles sont imprimées les unes sur les autres elles fonctionnent ensemble. C'est cette articulation signifiante qui devient l'objet de la psychanalyse. Le sujet sincère dans un ordre préétabli de nature symbolique porté par le langage. Le langage ne sert pas seulement à signifier des choses, il fait le sujet. Di Rocco (2006).

Le Réel c'est en effet ce qui existe après le langage. Le Réel n'est pas la réalité. La réalité pour L'acan n'est que la grimace du réel. Le Réel est l'indicible, l'inimaginable il est la limite de notre savoir. Tout ce qui nous est accessible c'est-à-dire la réalité reste un discours qui décrit et crée notre vision du monde on est bien loin du réel car, toute notre réalité n'est construite qu'à partir de nos 5 sens et notre puissance de traitement, notre intelligence sont toute bien limité. Le réel c'est donc ce qu'il y a bien au-delà de nos compréhensions représentations nos constructions ; c'est l'inaccessible pour L'acan. Aussi, le symbolique est l'idée que les éléments n'existent pas seul que les images sont prises dans une série. Le symbolique est le champ du langage. Quand on naît, on naît dans le langage. Ce sont tous les mots qui forment le symbolique se sont des enveloppes comme autant que possibles qui viennent former en nous dans leur association singulière des chaînes appelées chaînes signifiantes. Cette dernière est assimilable à l'expérience de l'analyse du divan. Le symbolique finalement, c'est que tout élément repérable dans le réel est forcément pris dans une série, une chaîne signifiante. Donc le propre du signifiant c'est d'être un différentiel. On parle de quelque chose par ce que ce n'est pas autre chose à ce sujet L'acan dit de nous que nous sommes des « parlêtres » des sujets parlant assujettis à la logique des signifiants nous sommes des habitants du langage « un signifiant renvoi toujours à un autre signifiant la chaîne s'étire comme autant de possible de l'impossible à dire » (Sapiens sur un caillou, 2017).

Pour Jacques Lacan, inspiré par, « la psychanalyse, n'a qu'un médium la parole du patient » Lacan (1966). La cure devient une réalisation de la parole grâce à l'interprétation qui symbolise l'image. (Lacan, 1953) Dans l'échange analytique, « il s'agit encore et toujours de symboles et de symboles même très spécifiquement organisés dans le langage ». L'akan tente de placer entièrement la psychanalyse dans « le champ de la parole et du langage ». Le transfert apparaît alors comme une entrave au dévoilement de la vérité. (L'akan, 1966). C'est une modification importante par rapport à la conception freudienne. Elle affirme que l'être de l'homme est lié au langage. Juignet (2003) À partir de cette conception qui structure l'inconscient comme un langage va permettre à L'akan d'émettre cette hypothèse sur le mécanisme à la base de tout trouble chez un individu. Ainsi, pour L'akan dans sa confrontation avec la réalité, la psychose mieux encore, le deuil pathologique, se trouve face à un « trou ». (Lacan, 1955). Ce trou auquel confronte la [psychose] est un « manque au niveau du signifiant ». (Lacan, 1956 ; cité par Di Rocco, 2003). Le deuil pathologique est alors la conséquence du manque essentiel d'un signifiant, et le manque d'un signifiant conduit nécessairement à mettre en cause l'ensemble du signifiant. « C'est bien la parole qui rend l'homme capable d'être le vivant qu'il est en tant qu'homme. L'homme est homme en tant qu'il est celui qui parle ». Heidegger (1976) ; cité par Juignet (2003)

Jacques L'akan a une intuition fondamentale qui nous paraît mériter d'être suivie et poursuivie, celle de rapprocher la psychanalyse et l'univers sémiotique. Cela a pour conséquence majeure un changement du cadre paradigmatique, qui situe la psychanalyse dans la culture.

- **Théorie de la relation conflictuelle**

Anthropologue et Psychiatre Guinéen, Sow. I. (1934-2005) a travaillé au Laboratoire de Psychopathologie à l'Université René Descartes de Paris ; il s'inscrit dans la perspective ethnopsychanalytique dont les précurseurs sont Freud (1919), Róheim (1950), Devereux (1970), qui affirmaient déjà que le psychisme de l'homme se fonde et s'organise à partir de la culture à laquelle il appartient : d'où l'idée d'une méta-culture. Chaque sujet doit être pris en charge en tenant compte de sa culture. Mais dans le cas de l'Afrique Noire, Sow (1977), remet en question la notion d'une structure universelle du psychisme tel que le pensaient ses prédécesseurs, analyse les conceptions traditionnelles africaines de la maladie en général « Il reconnaît comme les partisans de l'école de Dakar les spécificités d'une psychopathologie africaine caractérisée par la fréquence d'une thématique persécutive, contrastant avec la rareté des thèmes d'indignité, de culpabilité et de dévalorisation » Ezembe (2009).

Sow pense ainsi, qu'il n'existe pas de culture universelle qui pourrait rendre compte de tous les fantasmes et croyances qui sous-tendent et organisent l'appareil psychique au plan culturel ou groupal. Ces idées s'inscrivent également dans la perspective du relativisme culturel défendu par certains auteurs à l'instar de Jung, Strauss, qui soutiennent l'idée de l'existence d'un « polythéisme des valeurs » lorsqu'ils disent : « les valeurs n'auraient d'autre source que « l'arbitraire culturel » : à chaque communauté sa « culture », à chaque culture ses valeurs. » (Boudon, 2000).

En tenant compte du cadre anthropologique dans cette perspective, et des implications symbolique et traditionnelle majeures, Sow (1977) situe ses contenus, ses modalités, ses termes et ses pratiques dans un cadre bien défini, celui de l'Afrique. En effet, le concept du deuil est intimement lié à l'organisation et à la dynamique de la personnalité (organisation et dynamique variables d'une culture à l'autre). Ainsi dans la conception traditionnelle, l'Homme « *en tant que personne individuelle concrète, est situé et solidement amarré dans un univers panstructuré (microcosmos, mésocosmos, macrocosmos)* » (Sow, 1977). L'univers Panstructuré suppose qu'il y a trois niveaux distincts mais étroitement liés c'est le cas avec: le *macrocosmos* (renvoie à la transcendance invisible et l'immanence visible c'est-à-dire Dieu et les Ancêtres) enveloppant le tout et communiquant avec le *microcosmos* (renvoie au monde directement apparent) directement ou indirectement par l'intermédiaire des médiateurs (génies, esprits) du *mésocosmos* puissant invisible mais partout présent parmi les humains. Ainsi, il affirme : « toute formalisation si habile soit-elle, de pensées, et des pratiques africaines ne partant pas préalablement de l'intérieur-même des structures africaines ne peut en dernière analyse, être qu'arbitraire » (Sow, 1977) ; il ne s'agit pas de nier les valeurs intrinsèques des systèmes venant de l'extérieur mais plutôt de les « suspendre » dans la façon de penser et de pratiquer la psychiatrie dans l'univers africain.

Dans ce contexte anthropologique, les actants du mal sont localisés dans le mésocosmos où ils opèrent et le trouble mental se définit comme un conflit exprimant les péripéties et les contradictions vécues, par la personne concrète, dans ses relations avec le mésocosmos. Ceci met en évidence la relation existante entre l'individualité appartenant au microcosmos (affecté) et les actants (affectants) appartenant au mésocosmos. Ainsi, la conception africaine de la relation est totalisante et dynamique et le mésocosmos est le lieu où se déroulent les choses et la solution traditionnelle pour localiser l'efficacité des troubles de la personnalité et c'est également dans son cadre que la remise en ordre des dysfonctionnements des éléments de la

personne se fait. Le mésocosmos est ainsi l'équivalent fonctionnel de l'imaginaire tel que décrit par la psychanalyse.

Le mésocosmos structure les croyances, les mentalités et les démarches. Dans le contexte culturel africain, toute psychopathologie compréhensive ne saurait faire l'économie des fondements anthropologiques authentiques des objets de sa pratique et réciproquement que la connaissance des expériences psychopathologiques concrètes est celles privilégiées entre toutes, qui permettent de saisir à l'état brut la vie des structures anthropologiques qui soutiennent la personnalité.

La compréhension des croyances et mentalités collectives ainsi que celle de l'imaginaire collectif est d'une importance capitale pour envisager les problèmes de la personne-personnalité. Saut (1977), esquisse les fondements théoriques d'un savoir psychiatrique africain original, recherche quels sont les éléments, les ressorts intimes et les mécanismes propres de la psychologie et de la psychopathologie africaines quotidiennes, et ce en fonction du projet anthropologique précis et spécifique qui les sous-tend.

Pour comprendre comment s'élaborent les troubles de la personnalité, il faut donc connaître les dimensions constituantes de la personne africaine, pour cela, l'auteur nous dresse un vaste schéma des principaux éléments constitutifs de la personne personnalité. D'autre part, il rappelle la fréquence, en Afrique, du thème de persécution, contrastant avec la rareté des thèmes d'indignité, de culpabilité et de dévalorisation. Cette notion va lui permettre de formuler son hypothèse de travail : « la violence subie par Ego va engendrer un désordre qui est constitué par une triple relation polaire »

- Verticalement : dimension phylogénétique en rapport avec l'être ancestral ;
- Horizontalement : dimension socioculturelle c'est-à-dire l'alliance à la communauté élargie ;
- Ontogénétiquement : dimension de l'existant, c'est-à-dire l'Etre biologique ou la famille restreinte.

Schématiquement, le trouble mental en particulier et la maladie en général apparaîtront dans la pensée traditionnelle comme une violence exercée sur « Ego » par la rupture provoquée par une altérité agressive de l'un ou l'autre de ces liens issus des pôles fondamentaux constituants. Il existe la violence ritualisée qui serait analogue à la déstructuration psychotique. En effet toujours selon la pensée traditionnelle, la violence diffuse, non reprise collectivement aboutirait à l'incohérence et au désordre mental. Il y a possibilité d'élaboration de modèles

psychologiques de la personnalité africaine qui doivent s'appuyer sur les lois, les interdits, les règles et attitudes propres à la culture africaine.

La notion de conflit dynamique de relation avec un tiers persécuteur est le thème central de l'étiologie des troubles mentaux et/ou somatiques en Afrique. Puisque le trouble ou la maladie est synonyme de conflit en milieu traditionnel et le patient apparaît comme victime mais en même temps comme révélateur d'un désordre dans la bonne marche du groupe. C'est en ce sens qu'il est vecteur d'une signification importante pour tous. Selon lui :

Pour tout dire, articuler le statut théorique du trouble mental revient essentiellement à situer ses contenus, modalités, thèmes et pratiques dans leurs propres cadres anthropologiques. C'est ainsi qu'à notre sens, il devient possible de leur conférer une signification et une cohérence structurale adéquates. Mais ce cadre, permettant l'intelligibilité optimale du trouble mental, se fonde lui-même sur les catégories traditionnelles majeures. On en arrive ainsi à toute une perspective culturelle spécifique, incluant elle-même les données fondamentales concernant l'Être et les données humaines de l'existence, tant il est vrai que le trouble mental renvoie, en dernière analyse, à ces deux niveaux.

Suite aux travaux scientifiques ci-dessus, fait par différents auteurs, qui ont un lien direct et ou indirect avec notre étude nous allons aborder dans le prochain chapitre les éléments méthodologiques qui vont nous permettre de mener à bien notre étude.

PARTIE II : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE

CHAPITRE 4 : APPROCHE METHODOLOGIQUE

L'objet de cette partie est, de décrire notre démarche méthodologique, de présenter nos outils d'investigation, d'analyse et d'interprétation les données, de présenter notre population et notre échantillon, de justifier notre choix méthodologique de l'étude du cas unique, de présenter de manière succincte la démarche clinique développée au cours de la recherche. Ci-après sera présentée l'approche méthodologique qui a été adopté pour le recueil des données cliniques, la technique de recueil des données et l'outil d'analyse.

4.1 RAPPEL DE LA QUESTION ET FORMULATION DE L'HYPOTHÈSE DE TRAVAIL

Avant de poursuivre notre travail il est important de faire une pique de rappel sur la question de recherche ainsi que la formulation de notre hypothèse de travail.

4.1.1 Rappel de la question

La question de recherche de cette étude est la suivante :

Quel est le retentissement psychologique du traitement des dépouilles COVID-19 chez les membres de familles ?

Suite à cette question, nous avons donné une réponse provisoire qui tient lieu d'hypothèse de travail.

4.1.2 Hypothèse de travail et opérationnalisation

Notre hypothèse de travail est l'affirmation provisoire selon laquelle : *le mauvais traitement des dépouilles COVID-19 entraine le traumatisme chez les membres des familles.*

Description de l'hypothèse de travail

Nos données étant qualitatives, nous avons procédé à l'identification opérationnelle des thèmes, sous thèmes et indices de notre hypothèse de travail.

Thèmes

- thème 1 : le mauvais traitement des dépouilles covid-19
 - Sous-thème 1 : saisie de la dépouille

❖ **indices sous-thèmes 1**

- ✓ confiscation de la dépouille
- ✓ organisation des obsèques imposée par la loi
- ✓ manipulation du corps (lavage, habillage, mise en bière) par le personnel de santé.
 - Sous-thème 2 : non application des rituels culturels du deuil.

❖ **indices sous-thèmes 2**

- ✓ absence de rituels culturels (inhumation hors de l'espace familial)
- ✓ office religieux absent
- ✓ restriction du nombre de participant
- ✓ non implication de la famille à l'organisation des obsèques
 - Sous-thèmes 3 : déshumanisation de l'inhumation

❖ **Indices sous-thème 3**

- ✓ Dépouille enveloppée dans une housse mortuaire
- ✓ Dépouille désinfectée par les WASH
- ✓ Non application de la stricte intimité familiale
- Thème 2 : traumatisme chez les membres des familles
 - Sous-thème 2.1 : traumatisme de type II

❖ **Indices sous-thème 2**

- ✓ Événement traumatique unique,
- ✓ Événement limité dans le temps,
- ✓ Événement ayant un début net, et une fin claire ;
- ✓ Tentative de répétition ou répétition de l'événement
 - Sous-thème 2.2 : traumatisme direct

❖ **Indices sous-thèmes 2**

- ✓ Frayeur ;
- ✓ Peur ;
- ✓ Pleurs ;
- ✓ L'angoisse ;
- ✓ Terreur ;
- ✓ L'horreur ;
- ✓ Désarroi ;
- ✓ Impuissance ;

Tableau 1 : Tableau récapitulatif de l'hypothèse de travail, thèmes, sous-thèmes et indices

SUJET	QUESTION DE RECHERCHE	HYPOTHESE DE TRAVAIL	THEMES	SOUS-THEME	INDICES
Analyse clinique du retentissement psychologique de la gestion des dépouilles mortelles covid-19 sur les membres des familles.	Quel est le retentissement psychologique du mauvais traitement des dépouilles covid-19 chez les membres des familles ?	Le mauvais traitement des dépouilles covid-19 entraîne le traumatisme chez les membres des familles.	Mauvais traitement des dépouilles covid-19	<ul style="list-style-type: none"> • Saisie de la dépouille 	<ul style="list-style-type: none"> - Confiscation de la dépouille - Organisation des obsèques imposée par la loi - Manipulation du corps (lavage, habillage, mise en bière) par les personnels de la santé.
				<ul style="list-style-type: none"> • Non application des rituels culturels du deuil 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence des rituels culturels (inhumation hors de l'espace familial) - absence de l'office religieux - restriction du nombre des participants. - non implication de la famille dans l'organisation des obsèques

				<ul style="list-style-type: none"> • Déshumanisation de l'inhumation 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépouille enveloppée dans une housse mortuaire - Désinfection de la dépouille par les WASH - Non application de la stricte intimité familiale.
			Traumatisme chez les membres des familles	<ul style="list-style-type: none"> • Le traumatisme de type II 	<ul style="list-style-type: none"> - Événement traumatique unique, - Événement limité dans le temps, - Événement ayant un début net, et une fin claire ; - Tentative de répétition ou répétition de l'événement.
				<ul style="list-style-type: none"> • Traumatisme direct 	<ul style="list-style-type: none"> - Frayeur, - Peur, - Pleurs, - L'angoisse, - Terreur, - L'horreur, - Désarroi, - Impuissance.

4.2 MÉTHODE DE RECHERCHE : LA MÉTHODE CLINIQUE

Étymologiquement, le terme clinique vient de « *klinè* » qui signifie Lit en latin. Le lit ici entendu comme le lieu de maladie. En ce sens, la méthode clinique est une approche thérapeutique du malade à son chevet sans des intermédiaires.

Elle vise « *la compréhension de la maladie mentale du point de vue du vécu du malade et non celui de la maladie* » Tsala Tsala (2006 :137). Dès lors, il apparaît que c'est le malade qui est au centre de l'approche clinique à travers son vécu de la maladie ; raison pour laquelle une importance particulière est accordée à son discours subjectif à propos de sa maladie. Pedinielli et Doron (2006 :17) à propos de cette subjectivité, précise que « les recours de la psychologie clinique à la « subjectivité », à la totalité, à la singularité, sont aussi des apports de la phénoménologie comme le vécu du malade, la représentation intime de la situation d'entretien, le ressenti du patient, sa construction individuelle... ». (Fischer, 2005) renchérit en disant que l'homme est un être global en ce qu'il est à la fois un être biologique, psychologique et social.

Plus loin, par « méthode clinique » on peut entendre aussi bien l'ensemble des techniques utilisées dans la pratique des cliniciens que la « démarche clinique » centrée sur l'individu, la singularité, la totalité et l'implication. En outre, la méthode clinique ne correspond pas aux mêmes techniques s'il s'agit de recherche ou bien d'intervention pratique (diagnostic, évaluation, thérapie...).

Jean louis Pedinielli & Fernandez (2006), nous informent que la méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes du sujet souffrant et elle doit se centrer sur le cas c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer. Elle s'inscrit dans la lancée visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes et comportements dans le but de composer une thérapie, une mesure d'ordre sociale ou éducative ou une forme de conseil permettant une aide une modification positive de l'individu. Ici, le phénomène n'est pas isolé, mais plutôt replacé dans la dynamique individuelle.

Le qualificatif donc de méthode clinique revient à toute méthode *Qui vise à recueillir des informations fiables dans le domaine clinique (étude, évaluation, diagnostic, traitement, de la souffrance psychique ou des difficultés d'adaptations) et qui réfère en dernière instance ces informations à la dimension individuelle. La méthode clinique se compose d'une série de techniques qui peuvent être utilisées tant dans la pratique que dans la production des connaissances certaines visant le recueil du matériel (entretien par exemple) alors que d'autres sont des outils de traitement de l'information recueillie (analyse de contenu par exemple). L'ensemble de ces techniques a pour objet d'enrichir la connaissance d'un*

individu activité pratique ou des problèmes qui l'assaillent (production des théories) (Fernandez & Pedinielli, 2006).

De ce fait, dans le cadre de notre étude, nous utiliserons la méthode clinique. Il s'agit d'un dispositif méthodologique qualitatif car le matériel recueilli au cours des entretiens correspond à des données cliniques. Ce choix permet de rendre compte de la façon la plus exhaustive possible de l'ensemble des paramètres interdépendants sous-jacents à une même réalité : le contexte psychosocial et le travail de deuil en œuvre chez les familles ayant perdu un membre des suites de Covid-19. Et toujours dans le même sens, comme outil de collecte de donnée nous avons opté pour l'observation et l'entretien clinique. Ainsi, dans cette démarche, essentiellement clinique, le but est d'obtenir un matériel qui soit le plus consistant, le plus feutré possible tout en assumant les difficultés qui pourraient découler d'une telle approche pour ce qui est du traitement et de l'analyse des données.

Au vu de ce qui a été souligné plus haut, nous pouvons retenir que « *La méthode clinique est celle qui considère l'individu concret dans sa situation actuelle, par rapport à son histoire personnelle. Elle vise à le comprendre et à le décrire sans le référer à d'autres individus (...) elle a aussi une visée thérapeutique. Cela veut dire qu'elle soigne avec ses moyens, différents de celle de la médecine* ». Tsala Tsala (2006 :138)

La méthode clinique a donc pour but : le conseil, la thérapie, l'éducation, la prévention, et la résolution des conflits (Tsala Tsala, 2006; Castarède, 2003 et 1992).

C'est donc une démarche qui nécessite une formation au préalable afin d'être pour le sujet ou le patient une véritable valeur ajoutée. Elle a des règles rigoureuses à suivre. Tsala Tsala (2006), a énuméré trois éléments fondamentaux à observer durant celle-ci :

- L'espace ou le cadre de la rencontre ;

Il doit être clairement déterminé et organisé mais aussi et surtout neutre. Il doit en effet être débarrassé des éléments habituels de la vie routinière du sujet et ceux pouvant susciter en lui des souvenirs traumatisants.

- Le temps ;

Très important dans la méthode clinique, le temps occupe une place incontestable au moment de l'écoute. Le respect du temps de rendez-vous est toujours significatif pour le patient à travers ses multiples choix. La durée des séances, non moins importantes quant à elle, est définie d'avance pour éviter le vacarme. Toutefois, elle peut être modulable en fonction du clinicien chercheur.

- La mise en scène

Elle concerne les rituels d'entrée et de sortie sans oublier les frais ; qui dans le cas de notre étude ne nous concerne pas.

Alors, tout au long de notre recherche nous nous efforcerons à comprendre la situation de chaque sujet de l'étude, de façon holistique tout en tenant compte de ses dimensions à la fois diverses et individuelles à travers les expériences des uns et des autres. C'est pourquoi nous avons opté pour une étude au cas par cas.

4.2.1 L'observation clinique

L'observation renvoie à l'action de percevoir avec attention la réalité (un objet par exemple) afin de mieux la comprendre (capacité à discriminer les différences entre phénomènes).

Moscovici (1984), définit l'observation comme étant « la méthode d'investigation d'un phénomène naturel. Elle consiste pour le psychologue à enregistrer de façon précise et systématique les activités auxquelles se livrent les membres d'un groupe à un moment donné de leur histoire ».

Selon Norbert (1994 :177), l'observation est « *une méthode ayant pour but de relever un certain nombre de faits naturels, à partir desquels il sera possible de former une hypothèse que l'on soumettra à la vérification expérimentale* ». Pour lui, elle constitue la phase fondamentale de l'expérimentation. Elle peut être simple (au cours de l'entretien et des tests, le psychologue note les attitudes du sujet, sa mimique, sa manière de faire) ou « armée » (enregistrement, glace sans tain permettant à l'observateur de voir sans être vu) ; limité à un échantillonnage de temps (cinq minutes par exemple).

Certains phénomènes ne peuvent être accessibles que par l'observation, comme par exemple les phénomènes cliniques s'exprimant par la communication non verbale (petite enfance). Elle est une méthode complémentaire à l'entretien clinique, lorsque l'on veut confronter différents registres de la communication (digital/analogique). L'observation permet d'étudier les phénomènes dans leurs contextes.

Pour Pedinielli (1994), le projet de l'observation clinique vise à « *... relever des phénomènes comportementaux significatifs, de leur donner un sens en les restituant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet dans le contexte* ».

Ainsi donc, le champ de l'observation clinique n'est réduit ni à des troubles (psychologie), ni à l'observation psychanalytique (la réalité psychique), et concerne les

conduites verbales et non verbales, les interactions dans leur référence à la subjectivité et l'intersubjectivité.

Ce projet inclut tout aussi bien l'observation clinique structurée que l'observation clinique relationnelle. On note alors que le choix du type d'observation dépend des références théoriques du clinicien, mais aussi des buts à atteindre.

4.2.2 Étude de cas

En psychologie clinique, l'étude de cas est le fondement de la pratique clinique. Son objectif majeur est d'appréhender le sujet à travers non seulement sa pathologie, mais aussi et surtout son histoire et sa personnalité, donc dans sa globalité.

C'est une méthode utilisée dans les études qualitatives en sciences humaines et sociales, en psychologie tel que dans notre cas. Elle peut être considérée à juste titre comme l'une des plus stimulantes d'entre elle tant par ce qu'elle comporte d'exigences pour le chercheur car elle permet de réduire les biais, que par les défis théoriques et méthodologiques qu'elle pose et enfin, par les connaissances du social qu'elle permet d'élaborer.

Lagache cité par Pedinielli (2006) affirme que : *« le cœur de la méthode clinique est représenté par "l'étude de cas" rencontre d'un sujet considéré comme singulier, constitué par une histoire spécifique et perçu dans sa totalité (les troubles sont rapportés à l'ensemble de ce qu'il est, et la totalité de la situation est prise en compte dans la rencontre avec lui), refus de l'objectivisme, sensibilité à l'histoire, prise en compte de la relation observateur-observé, le transfert »*

Elle compte en effet parmi les rares démarches de recherches qui associe à la fois l'observation directe (participante ou non) et différentes sources documentaires relatives aux pratiques et discours pertinents à l'objet d'étude.

Doron et Pedinielli (2006: 9) définissent l'étude de cas comme *« une construction du clinicien reposant sur une façon de solliciter, puis de considérer, certaines informations venant du patient : la personne parle d'elle en se posant comme sujet de son discours »*, dit autrement, l'étude de cas est la connaissance par le clinicien de la manière avec laquelle le sujet parle de lui, de ce qu'il vit. C'est au clinicien donc de donner un sens au discours du patient.

L'étude de cas commence par un travail clinique concret qui correspond au recueil des informations propres à un sujet ; ensuite à l'élaboration de l'information recueillie chez le sujet dans le but de présenter les éléments marquants du cas entre autres la subjectivité, le mode de résolution de conflits, les mécanismes de défenses, l'histoire du cas...

Pour Ionescu (2006) elle a deux grands pôles à savoir l'identité narrative du sujet et la discrimination de ce dernier par rapport au membre de son groupe. Le récit oral ou écrit produit

par le sujet à propos de sa propre vie ou une partie de celle-ci constitue une méthode appropriée, selon Legrand (1993 :184) « à l'abord de l'histoire de vie singulière, de même qu'à l'abord des innombrables phénomènes individuels qui gagneraient à être éclairés sous l'angle de cette histoire ». Le clinicien devient donc plus apte après une étude de cas, à donner les spécificités d'un sujet par rapport aux autres membres de son groupe, de le classer relativement à ces derniers, en se basant sur l'évaluation objective des manifestations de la vie psychique du sujet. L'étude de cas se réalise dans une rencontre faisant du clinicien le catalyseur d'émotions et des représentations du sujet par sa présence et son écoute. Un lien spécifique lie le sujet au clinicien, le phénomène transférentiel-contre transférentiel, par l'impact qu'ils ont sur l'expression et la production du discours du sujet se trouvent au cœur de la relation entre le clinicien et son sujet. Alors, l'étude de cas est une démarche objective dont une des forces « réside dans sa capacité à produire d'excellentes descriptions individuelles : si l'on situe se situe dans une perspective idiographique, l'objectif du clinicien est justement de connaître le sujet dans sa totalité et son unicité » Ionescu (2006, p. 206)

Ainsi donc, l'étude de cas à des valeurs à prendre en compte, mieux encore, les valeurs essentielles d'une clinique au plus près du sujet que sa singularité et son unicité irréductible car elle permet de défendre et d'offrir des éléments de réflexions sur des invariants du fonctionnement psychique.

Dans le cadre de notre recherche, il sera question de l'adopter comme méthode afin de comprendre le cas dans les aspects de sa vie, dans sa profondeur.

4.3 PRÉSENTATION ET JUSTIFICATION CHOIX DU SITE DE L'ÉTUDE

Le choix de notre site s'est penché sur le Service de Santé de District de Nkolndongo (SSDN).

4.3.1 Présentation du site de l'étude

La collecte des données a eu lieu au Service de Santé du District de Nkolndongo. Le SSDN regorge dans son ère 251 Formations Sanitaires (FOSA)

Le District de santé de Nkolndongo, situé dans le IV^{ème} arrondissement de la ville de Yaoundé est traversé par le 5^e parallèle, sur une altitude d'environ 750m dans la forêt équatoriale, avec une superficie d'environ 57 km².

Le District de santé de Nkolndongo est sillonné par plusieurs rivières qui longent les bas-fonds, ou vallées marécageuses dans certaines aires de santé, notamment Mimboman, Ekounou et Nkolndongo.

Il est limité :

- Au Nord par le DS Djoungolo
- A l'Est et Sud-est par le DS de Mfou
- A l'Ouest par le DS d'Efoulan

Le District de santé de Nkolndongo est divisé en neuf aires de santé :

- Ekounou
- Kondengui
- Meyo
- Mimboman 1
- Mimboman 2
- Nkolndongo 1
- Nkolndongo 2
- Nkomo
- Odza

Chaque aire de santé est divisée en villages ou quartiers, eux-mêmes divisés en blocs. Toutes ces divisions ont à leur tête un chef.

Le District de santé de Nkolndongo travaille avec 251 formations sanitaires dont 07 publiques qui sont :

- Hôpital de district de Nkolndongo
- CMA de Nkomo
- CMA d'Odza
- CSI de Meyo
- CSI de Mimboman
- CSI de Nkolo
- CSI de Toutouli

Suite à l'arrivée du nouveau coronavirus (covid-19), le site de l'ancien Orca s'est retrouvé dans l'aire du SSDN.

4.3.2 Choix du site de l'étude

Suite à la présentation du site de l'étude, nous nous rendons à l'évidence selon laquelle l'ancien ogra correspond le mieux à notre site de travail parce qu'il a été aménagé uniquement pour les cas covid-19 et a été déclaré par le ministre de la santé publique camerounaise « *centre spécialisé de prise en charge de l'infection à coronavirus-19* ». (www.minsante.org). Dans le cadre de cette étude, il répond à nos critères à savoir :

- enternement et pris en charge des patients COVID-19 ;
- accès réservé uniquement au personnel de santé ;
- morgue ;
- équipe de désinfection ;
- équipe d'inhumation.

4.3.3 Population de l'étude

Définie comme étant l'ensemble d'objets, de sujets ou de personnes ayant les caractéristiques communes et sur lesquelles on peut mener une étude. Mieux, c'est l'ensemble d'individus habitant un espace géographique donné, présentant les mêmes caractéristiques et des liens communs. C'est l'ensemble des sujets susceptibles de subir avec succès les expériences d'une étude. Dans le cadre de ce travail, notre population est constituée de l'ensemble des personnes ayant perdu un membre des suites de covid-19 et inhumé hors de l'espace familial. Nous distinguons par ailleurs 02 types de populations : la population cible et la population accessible.

➤ La population cible

Celle-ci correspond à l'ensemble des individus qui répondent aux caractéristiques spécifiques telles que recherchées par le chercheur pour son étude, c'est-à-dire l'ensemble des individus qui sont concernés par un problème précis. La population cible de notre étude est constituée des membres des familles ayant perdu un proche des suites de COVID-19 et inhumé hors de l'espace familial.

➤ Population accessible

La population accessible correspond à l'ensemble des personnes de la population cible à laquelle le chercheur peut facilement avoir accès et dans laquelle il sortira son échantillon. Il

s'agit dans le cadre de notre travail, des personnes résidentes dans le département du Mfoundi et ayant perdu un membre de famille des suites de COVID-19. De ce fait, nous allons opter pour un échantillonnage par choix raisonné d'une part à cause de la complexité de la collecte des données et d'autre part de la méthodologie qui se veut qualitative.

4.4 TECHNIQUE D'ÉCHANTILLONNAGE ET ÉCHANTILLON

4.4.1. Technique d'échantillonnage

La technique d'échantillonnage est une procédure qui consiste à réduire la population de recherche à un effectif facilement manipulable. Elle permet de circonscrire l'étude et les investigations à des dimensions réalistes et opérationnelles.

Dans le cadre de notre étude, nous avons opté pour la technique d'échantillonnage par choix raisonné. Elle permet la sélection de l'échantillon par laquelle la représentativité de l'échantillon est assurée par la démarche raisonnée. Cela étant, elle permet de sélectionner des cas intéressants et de mieux comprendre la situation lorsqu'un échantillonnage aléatoire est impossible. Les unités d'échantillonnages qui semblent représentatives sont sélectionnées, mais la généralisation des constatations à partir d'un tel échantillon est toujours contestable.

Pour le choix de nos sujets d'études sur le terrain, on a procédé par l'application de certaines règles de sélection des personnes interrogées.

Afin de garantir leur anonymat, nous avons dû attribuer l'initial du mot participant aux sujets que nous avons choisis pour notre étude. Nous avons donc les sujets suivants : P1, P2, P3.

4.4.2 L'échantillon de l'étude

L'échantillon est selon Savard (1978), un groupe relativement petit et choisi scientifiquement de manière à représenter le plus fidèlement possible une population. Ainsi, au lieu d'examiner l'ensemble de la population, on étudie une partie ou un sous-ensemble de cette population qui est représentatif et à partir duquel on peut tirer des conclusions pour l'ensemble de cette population. Dans cette recherche, l'échantillon est un ensemble d'individus sur lesquels le chercheur mène ses investigations. Dans le cadre de cette étude, notre échantillon est constitué de 04 personnes ayant perdu un membre des suites de covid-19 et inhumé hors de l'espace familial dans la circonscription du SSDN

- Critères d'inclusion
 - Etre adulte (21 minimum) ;
 - Avoir perdu un membre des suites de Covid-19 il y a au moins six (06) mois ;
 - Le défunt doit avoir été interné dans un site spécialisé de prise en charge ;
 - Le défunt doit avoir été inhumé dans la ville de décès 48h après hors de l'espace familial par les équipes de WASH et d'inhumation;
 - Accepter volontairement de participer à l'étude
 - Critères d'exclusion
 - Avoir moins de 21 ans
 - Avoir perdu un membre des suites de covid-19 il y a moins de six mois
 - La famille du défunt doit avoir eu un accord d'inhumation au village natale
 - Avoir refusé de signer la fiche de consentement libre et éclairé

Tableau 2 : caractéristique des participants

Participants	P1	P2	P3
Age	46 ans	40 ans	48
Genre	Féminin	Féminin	Masculin
Rang dans la fratrie	Ainée	Ainée	3 ^{ième}
Religion	Catholique	Témoins de Jéhovah	Protestante
Ethnie	Beti	Bamilékés	Beti
Statut matrimonial	En couple	Veuve	Marié
Profession	Ménagère	Commerçante	Commissaire
Niveau scolaire	Première A4	C.A.P	Master 1
Durée du décès	1an 10 mois	1an 11mois	1an 11 mois

4.5 OUTIL DE COLLECTE DES DONNÉES

L'outil de collecte des données que nous utiliserons au cours de notre travail est l'entretien clinique.

4.5.1. L'entretien clinique

Le Petit Robert (2021), définit le terme entretien comme étant une : « Action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes ». On peut échanger des paroles dans bien des circonstances et de bien des manières. Quelles spécifications apporte l'épithète clinique ?

Nous ne ferons pas un inventaire des définitions qu'on peut trouver de « la clinique », ou de « la psychologie clinique ». Nous nous contenterons de rappeler que le terme vient de la médecine, et que, la clinique, c'est ce qu'on fait au lit du malade (le lit en grec se dit κλίνη, « klinè »), par opposition à ce qu'apportent d'autres sources d'information, les examens « paracliniques » qui se sont aujourd'hui multipliés : dosages chimiques, examens histologiques, rayons X, scintillographie, scanner, etc. L'examen clinique se résumait sous les initiales, énigmatiques la première fois qu'on les rencontrait : IPPA, c'est-à-dire inspection, palpation, percussion, auscultation. Malgré tous les progrès des examens de laboratoire, le médecin a intérêt à continuer de regarder, de palper, de percuter, d'ausculter, on pourrait même ajouter de flairer.

En psychologie clinique, on a pu distinguer une clinique à mains nues et une clinique instrumentale, ou armée. Ce vocabulaire classique, que nous n'avons pas inventé, nous permet de situer l'entretien clinique : le psychologue n'y emploie aucun instrument, il est son propre instrument (il arrive qu'on enregistre l'entretien au magnétophone, au magnétoscope, etc...)

« L'entretien écrit Lafon (1993 :379), est une partie de l'examen clinique qui consiste avec le sujet ou des membres de son milieu de vie, permettant de préciser les antécédents et l'évolution de la situation particulière donnant ainsi des éléments d'observation du comportement, pouvant dans certains cas suffire pour porter un diagnostic ». Autrement dit, l'entretien n'est pas un interrogatoire mais une écoute-thérapeutique lorsqu'il est focalisé sur la problématique du sujet, se fonde sur la vigilance digne à débusquer les dénégations, les non-dits et les voies qu'empruntent les conflits psychiques. Par contre, au cours de l'entretien de recherche apparaît tant en ce qui concerne la démarche du chercheur que celle du sujet. Le but du chercheur, précise Revault d'Allones et al. (1989) lors de cette écoute est d'obtenir le plus d'informations possibles

d'autant que dans la plupart des cas, l'entretien ne se répètera pas. L'entretien de recherche prend place dans une démarche globale et poursuit un but particulier. Il est conduit en respectant certaines règles et porte d'après Blanchet, Ghiglione, Massounat et Trognon cité par Albarello (2003 :64) sur :

- « *L'étude des actions passées ;*
- *l'étude des représentations sociales ;*
- *l'étude du fonctionnement et l'organisation psychique. »*

L'entretien peut être réalisé dans la rencontre individuelle, en tête à tête entre l'interviewer (chercheur) et l'interviewé (sujet). On peut également envisager une démarche collective par l'association de plusieurs sujets, en d'autre terme la technique de la table ronde ou focus-groups (Albarello Ibid)

4.5.2 Les différents types d'entretien

On distingue généralement trois types d'entretien, qui se différencient par la place plus ou moins importante laissée à la liberté d'initiative, tant du praticien que du consultant.

➤ **L'entretien directif**

Le premier type est l'entretien directif, soumis à un questionnaire standardisé. Il ne se comprend qu'à l'intérieur d'une démarche quantitative, statisticienne et psychosociologique portant sur un nombre très important de sujets, afin de faire apparaître des tendances communes et collectives. L'accent est moins mis sur l'individuel que sur la généralisation possible d'attitudes et de conduites à mettre en lumière à des fins d'objectivation, pour des études épidémiologiques par exemple ou pour souligner certains déterminants à l'intérieur d'une communauté ou d'un groupe social.

➤ **L'entretien semi-directif**

Le second type est l'entretien semi-directif qui a pour but d'obtenir, dans un temps relativement court, des renseignements précis et déterminés sur l'histoire et la vie actuelle du sujet. Cette démarche est déjà qualitative et tout en laissant une liberté relative à l'expression personnelle, elle met en jeu un certain nombre de questions incontournables, qui devront permettre un recueil de données psychiques et psychopathologiques suffisantes en lien avec des exigences sociales contraignantes. Il s'agit par exemple d'un entretien de recherche, dont le programme et la grille d'entretien sont déterminés à l'avance, ou d'une expertise psychologique

dans le cadre d'un conflit familial ou d'une affaire judiciaire, ou encore d'un entretien préliminaire à un examen psychologique général.

➤ **L'entretien non directif**

Le troisième type est l'entretien non directif. Ce type d'entretien caractérise plus spécifiquement la démarche clinique qui cherche à dégager avant tout la singularité et l'unicité d'un discours individuel. L'objectif du clinicien n'est pas de recueillir des informations concrètes sur l'histoire du sujet ou de dresser son anamnèse. Ces informations sont naturellement indispensables, mais elles ne doivent pas faire l'objet de questions systématiques qui risquent d'obturer l'espace de parole. Elles doivent venir en leur temps, à l'instigation du clinicien, mais à l'intérieur de la logique même du développement de la pensée du consultant. Dans une observation clinique au plus près de ce que choisit d'amener le sujet, le praticien laisse venir la parole propre de l'autre pour s'imprégner peu à peu de ce qu'elle a d'authentique, tout en incitant celui-ci à approfondir sa pensée et à aller jusqu'au bout de ses impressions, de ses ressentis. Cette démarche ne va pas sans une certaine retenue, un respect de la personne, de ses hésitations, de ses difficultés d'expression, de ses silences et de ses non-dits. Au bout du compte se dessine peu à peu, dans la psyché du clinicien, une image prégnante de la personnalité de son interlocuteur, de ce dont il souffre, ainsi que de sa manière d'engager la relation intersubjective.

4.5.3 Entretien de l'étude : l'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif aussi appelé entretien qualitatif ou approfondi, c'est une méthode d'étude qualitative.

Lincoln (1995, p.85) le définit en disant « *l'entretien semi-directif est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes.* »

Pour donc obtenir ces données, l'entretien semi-directif se compose d'une série d'interrogations ouvertes. Celles-ci sont préparées au préalable par le chercheur et les données recueillies devront être interprétées, afin de pouvoir rédiger une conclusion argumentée.

Elle se décline donc sous deux formes :

- les entretiens à réponses libres

- les entretiens centrés.

Dans le premier cas de figure, l'étudiant chercheur possède un guide d'entretien et des hypothèses préparées à l'avance. Il est libre dans sa façon de poser les questions, avec des thématiques larges, prédéfinies. Des interrogations peuvent être rajoutées pendant l'entretien et la discussion porte sur un aspect général du sujet étudié.

C'est ainsi que dans le cadre de notre mémoire portant sur les « signifiants culturels liés au travail de deuil sans corps au sein des familles camerounaises ayant perdu un membre des suites de covid-19 » un entretien semi-directif à réponses libres reviendrait à interroger une personne sur le retentissement de la covid-19 dans le processus de deuil d'un proche. L'objectif étant de comprendre de manière holistique et globale l'ensemble du phénomène.

Dans la deuxième forme, c'est-à-dire l'entretien semi-directif centré, la concentration est portée sur une expérience précise. Le chercheur pose des questions ouvertes sur une situation ou un événement en particulier.

Pour illustrer ceci, notre mémoire portant sur le travail de deuil sans corps en situation de covid-19 s'il utilise un entretien semi-directif centré, pourrait être un entretien avec un scientifique, afin de comprendre comment se déroule le travail de deuil dans une famille ayant perdu un proche des suites de Covid-19. Le but ici étant de comprendre à travers une étude de cas précise un phénomène plus général.

L'entretien semi-directif de ce fait, étudie un phénomène dans son ensemble (entretien à réponses libres) ou un fait spécifique (entretien à réponses centrées) ; il collecte des données informatives à travers des interrogations générales et ouvertes ; il permet à la personne interrogée de répondre librement et d'exprimer un point de vue précis sur une question posée ; il autorise le chercheur à relancer la personne qui est questionnée ; il fait émerger de nouvelles hypothèses de travail.

Toutes ces caractéristiques au sujet de l'entretien semi-directif justifient à suffisance le choix que nous lui avons porté dans le cadre de notre recherche.

4.6 INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNEES

4.6.1 Le guide d'entretien

Le guide d'entretien est un document qui regroupe l'ensemble de questions à poser ou de thème à aborder lors d'une entrevue. Pour (Blanchet et Gotman) c'est un « *ensemble organisé de fonctions d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer* ».

Le guide d'entretien peut prendre la forme d'une succession de questions inscrite dans un document. Il peut être rédigé sous forme de tableau, raison laquelle on emploie le terme « grille d'entretien » ; les questions sont ordonnées selon la technique de l'entonnoir c'est-à-dire de la question la plus simple à la plus précise.

Pour la collecte des données dans cette étude, nous avons élaboré un guide d'entretien. Celui-ci aborde trois thèmes repartis ainsi qui suit :

Thème 1 : identification du participant : il s'agit ici de relever les éléments permettant d'identifier le défunt notamment l'âge, le sexe, la religion, l'ethnie, la situation matrimoniale, la profession et le rang dans la fratrie.

Thème 2 : mauvais traitement des dépouilles COVID-19 : dans cette rubrique nous recherchons des informations sur la manipulation de la dépouille mortelle COVID-19

Thème 3 : traumatisme chez les membres des familles : il est question ici de déceler le type de traumatisme qu'aurait occasionné le mauvais traitement des dépouilles mortelles COVID-19.

Thème 4 : Sens donnés au traitement : ici, il s'agit de relever chez le participant les significations culturelles qu'il donne à la gestion de la dépouille ; comment il traverse cela avec sa famille.

4.6.2 Peritraumatic Distress Inventory PDI (Brunet et al., 2001)

Il s'agit d'une échelle qui permet de mesurer la présence du critère A de ESPT selon le DSM-V et donne un indicateur de gravité psychopathologique d'un évènement traumatogène.

Elle évalue deux facteurs. Le premier concerne les émotions dysphoriques et le deuxième, la perception d'une menace vitale.

Elle se compose de 13 items cotés selon une échelle de Likert allant de 0 (pas du tout vrai) à 4 (extrêmement vrai). Le score maximal est donc de 52. Un score de 14 ou plus identifierait les personnes qui sont à risque de développer un trouble de stress post-traumatique (TSPT).

Les qualités psychométriques de cet outil sont très bonnes. Cette échelle a une consistance interne élevée ainsi qu'une très bonne fidélité test-retest. Il possède également une bonne validité divergente et convergente. De plus, le score obtenu à cette échelle est corrélé avec deux mesures de stress post- traumatique.

4.7 TECHNIQUE D'ANALYSE DES DONNEES : ANALYSE DE CONTENU

L'analyse de contenu est une technique d'analyse de données qualitatives et/ou quantitatives qui permet, selon Ndje Ndje (2013), de définir les catégories thématiques et formelles pertinentes pour la vérification de l'hypothèse et de coder un discours, un texte, une peinture, des interactions sociales en groupe à partir de ces catégories. Selon Marc Alain « l'analyse de contenu est une technique de traitement de données préexistantes par recensement, classification des traits d'un corpus ». D'après Gagnon (2012), l'analyse de contenu est un ensemble d'instruments méthodologiques de plus en plus raffinés et en constante amélioration, s'appliquant à des discours extrêmement diversifiés et fondés sur la déduction ainsi que l'inférence. L'opération tient à sélectionner, condenser, catégoriser, regrouper et organiser l'information. C'est donc une mise en ordre systématique du contenu manifeste d'un discours (Berelson cité par Giust- Desprairies & Lévy, 2003) que nous avons mis en place.

Elle comprend généralement selon Bardin (1977), la transformation d'un discours, oral en texte, puis la construction d'un instrument d'analyse pour étudier la signification des propos. Il y a ensuite, l'intervention d'un chargé d'étude pour utiliser l'instrument d'analyse et décoder ce qui a été dit. Pour finir, l'analyse établit le sens du discours.

Ainsi donc, la finalité d'une analyse de contenu est de dégager, à partir d'un document, d'un corpus d'entretien, les significations, associations, intentions indirectement perceptibles à la simple lecture des documents. Elle est donc dans cette logique, « *une technique de recherche servant à la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste des communications* » De Bonville (2000, p. 9). Autrement dit, l'analyse de contenu permet de retracer, de quantifier, et même d'évaluer les idées ou les sujets présents dans un ensemble de documents : le corpus. Nous comprenons dès lors que la question première dans le cas d'une

analyse de contenu est celle des univers que le sujet veut communiquer, c'est-à-dire du monde qu'il met en scène par le langage (Ghiglione & Landre, 1995).

4.8 CADRE ET DÉROULEMENT DES ENTRETIENS

Nous présenterons d'une part le cadre des entretiens et, d'autre part, le déroulement de ces entretiens.

4.8.1. Cadre des entretiens

Les lieux où les entretiens se sont déroulés ont été déterminés en fonction de la mise à l'aise du participant. Le principe que nous avons appliqué à ce niveau consiste à rechercher la plus grande proximité sociale et culturelle possible : il était important pour nous que le sujet soit interrogé dans les endroits qui ne le crispent pas, mais qui contribuent à le mettre à l'aise. Les conditions matérielles (temps, espace, lieu distance) ou affectives (disponibilité, authenticité) revêtaient une importance extérieure. Nous avons souhaité que le sujet dispose de la liberté d'organiser spontanément son mode d'expression relationnelle (fusionnelle). Ainsi, nous avons travaillé au domicile des différents participants.

4.8.2. Déroulement des entretiens

Le déroulement proprement dit des entretiens peut se définir en trois étapes : avant, pendant et après.

- Avant l'entretien

La période pré entretien a commencé par le recueil des numéros des contacts des participants au secrétariat du SSDN. Après cela, nous entrons en communication avec le potentiel participant qui respecte d'ors et déjà nos critères d'inclusions. C'est alors que nous définissons avec le sujet un contrat de communication notamment l'objectif de l'entretien, les moyens de recueil du discours ainsi que les règles de l'entretien. L'objectif ici, est de rappeler au sujet les raisons portées vers son choix également le rassurer que les informations qu'il communiquera seront utilisées uniquement dans le cadre de la recherche et sans risque d'être identifié.

Une fois ces dispositions préalablement prises, nous prenons rendez-vous chez le sujet et commençons l'entretien.

- Pendant l'entretien

Durant l'entretien, nous évoquions les différents thèmes et sous thèmes contenu dans notre guide d'entretien et sur lesquels le participant doit s'exprimer. Progressivement, nous faisons usage des relances pour orienter les propos de notre interlocuteur afin qu'il nous donne suffisamment d'informations ou encore d'explications suivant les objectifs de notre étude. Nous écoutons donc de manière active et surtout sans interruption en notant tous les éléments qui entrent dans la communication non verbal (mimiques, gestuels).

Les enregistrements audio faits à partir du dictaphone de notre téléphone, nous ont permis, en dehors des entretiens, de travailler sur le corpus des verbatims. Ils nous ont permis d'éviter également d'éviter les oublis lorsque nous procédions à la prise de note durant les entretiens. Une fois toutes les informations nécessaires recueillies, nous procédions aux modalités de fin. En moyennes, nous prenions quarante-cinq minutes à une heure et demie pour un entretien

- Après l'entretien

À la fin de l'entretien, nous demandons au participant s'il a des éléments d'ajouts et ensuite nous lui remercions pour le temps qu'il y a consacré enfin nous nous séparons.

4.8.3 Considérations éthiques

Les règles éthiques ont été prises en compte pendant l'entretien. D'abord, le respect du participant à l'étude. Ce dernier s'est fait à plusieurs niveaux c'est le cas avec la présentation du formulaire de consentement éclairé ; il donne le choix au participant de poursuivre ou non l'entretien qui va suivre. D'un autre côté les entrées du guide d'entretien tenaient compte de leur dignité et ne les mettaient à aucun moment en danger. Pour ce faire, une fiche de consentement éclairé a été mise à la disposition des participants. De plus, le contenu des entretiens est resté anonyme et confidentiel. Par ailleurs étant donné que nous nous intéressons au retentissement ; celui-ci peut réveiller de l'affliction chez les participants. C'est pourquoi nous nous sommes assurés de leurs adhésions volontaires. Dans cette perspective, nous avons pris en compte l'ensemble des comportements, verbaux et non-verbaux des répondants.

CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES

Cette partie porte sur la présentation et l'analyse des résultats que nous avons collectés à l'aide des entretiens semi-directifs auprès de trois participants. Pour des raisons de confidentialités et d'anonymat, nous avons attribué à ces participants les codes P1, P2 et P3. Il sera question ici de faire une brève présentation de chaque participant et de procéder à l'analyse thématique des entretiens. C'est dans ce sens que Fortin (1996 ; 97) reconnaît que : *la partie de la présentation et l'analyse des résultats est le lieu par excellence de l'opérationnalisation et de la matérialisation des informations recueillies sur le terrain*. De ce fait, nous allons subdiviser ce chapitre en 02 parties : La présentation des données anamnestiques et l'analyse des résultats collectés.

5.1. PRÉSENTATION DES DONNÉES ANAMNESTIQUES

D'emblée, l'échantillon de cette étude est composé de 03 participants identifiés à partir de nos critères d'inclusion. Ici, le travail consistera à présenter les données sociodémographiques de chacun des participants.

5.1.1. P1

Issue d'un foyer polygamique, le participant P1 est une dame âgée de 46 ans qui vit en couple et est ménagère de profession. Originaire de Nanga-Eboko dans la région du centre Cameroun, P1 est de religion catholique et est l'aînée d'une fratrie de plusieurs enfants. Elle a arrêté ses études en classe de Premières A4. P1 a perdu son père des suites de COVID-19 en mai 2020 où il était interné à l'ancien Orca.

5.1.2. P2

Le sujet P2 est une dame âgée de 40 ans originaire de l'arrondissement de Bangangté dans département du NDE situé à l'ouest Cameroun. Elle est issue d'une fratrie de 07 enfants dont elle est l'aînée. De religion Témoins de Jéhovah, elle arrête ses études en classe de 4^{ème} année après l'obtention de son Certificat d'Aptitude Professionnel (CAP). En mai 2020, P2 perd son époux des suites de COVID-19 dans un hôpital de la place alors qu'elle est enceinte de six mois et deux semaines.

5.1.3. P3

P.3 est un monsieur âgé de 48 ans, originaire de la région du centre Cameroun plus précisément de Mbalmayo. Il occupe le troisième rang d'une fratrie de 05 enfants. De religion protestante, P.3 est marié et père de 04 enfants. Il a fait des études de droit public et les a arrêtés en Master 1. Aujourd'hui il est commissaire centrale de profession. P.3 a perdu son papa des suites de COVID-19 en Mai 2020 et plus tard en janvier 2021 il perd également sa tante des suites de la même pandémie.

5.2. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES THÉMATIQUES

Dans cette partie, nous allons présenter et analyser les données thématiques à partir des discours obtenus des sujets interrogés lors des entretiens sur le terrain. A cet effet, deux thèmes principaux découlent du sujet à savoir : le mauvais traitement des dépouilles mortelles COVID-19 d'une part et d'autre part, le traumatisme chez les membres des familles.

5.2.1 mauvais traitement des dépouilles COVID-19

Habituellement en contexte africain en général et camerounais en particulier, lorsque nous perdons un proche, ou lorsque nous assistons des personnes endeuillées, nous remarquons que les dépouilles sont rendues aux familles. Celles-ci, organisent à leur guise les obsèques de leur proche en prenant le temps de se concerter en famille afin de sortir le programme des obsèques qui renseignera les différents lieux et dates des obsèques. Ensuite, ledit programme sera communiqué à la famille élargie, aux amis et connaissances afin que chacun apporte son assistance. Les uniformes peuvent dans certains cas mis à la disposition des connaissances du disparu et même des t-shirts et foulards portant la photo du décédé. La mise en bière sera faite à l'heure choisie par les membres de la famille et l'inhumation au lieu décidé à l'unanimité par les descendants selon ce que recommandent les traditions.

De manière effective, c'est en nous basant sur des observations des inhumations des décès COVID-19 au Cameroun, que nous avons relevé la saisie des dépouilles, la non application des rituels culturels du deuil et la déshumanisation de l'inhumation. Ces éléments constituent les sous-thèmes de notre premier thème 1.

➤ Saisie de la dépouille

La saisie de la dépouille consiste pour le corps médical, à confisquer la dépouille et procéder à l'inhumation. A ce moment, les membres de la famille n'ont pas de mot à dire que de s'exécuter en cas de décès COVID-19 car le 23 avril 2020, par un communiqué, le Premier Ministre camerounais a instruit le ministre de l'Administration Territoriale, en relation avec le ministre de la Santé Publique, «*de s'assurer que les personnes décédées des suites du coronavirus soient inhumées dans leurs localités de décès* ». Fouda (2020, p. 3). Suite donc à cela, les dépouilles n'étaient plus rendues aux familles. A travers ce sous thème, nous avons associé les indices suivants : confiscation de la dépouille, organisation des obsèques imposée par la loi, manipulation du corps (lavage, habillage, mise en bière) par les personnels de la santé. En nous entretenant avec les participants, voici ce qui ressort des discours :

P1 : Mon papa d'abord c'est lui seul qui connaît s'il a eu ses soins parce que pendant qu'il était malade, personne n'avait accès à lui. Il est mort un vendredi et on l'enterre un samedi. Quand il est mort on a pris son corps et aller mettre derrière les bâtiments de l'hôpital ce n'était même pas dans une salle c'est là-bas qu'il a passé la nuit. Quand j'arrive, c'est là où mon petit frère me dit que vient, tu as vu, voilà le corps de papa qui est parké là-bas. C'est là-bas que mon papa a passé la nuit donc quand je dis la nuit, c'est la journée de vendredi jusqu'à samedi. Au moment d'aller l'enterrer, il a fallu qu'on supplie pour qu'on accepte même qu'on mette son corps dans un cercueil. On a acheté un cercueil. C'est dans le cercueil qu'on l'a enterré au moment d'y aller, on se disait que c'est l'hôpital qui ou c'est l'équipe je ne sais pas comment appeler les gens de l'hôpital qui s'occupaient de tout. On nous dit qu'il faut une voiture nous n'avons pas prévu de voiture. On leur a posé la question de savoir est ce qu'on peut même aller chercher la voiture, ils ont refusé. Donc sur place il y avait sa voiture de brousse, où il transportait souvent sa nourriture des champs pour le village en tout cas c'était sa voiture de brousse c'est là où on a mis son corps pour aller au cimetière. Quand on arrive même là-bas, il y avait cinq monsieur habillés en combinaison. J'arrive là-bas, on se rend compte que nous on se disait que c'était des hommes alors que parmi ces gens il y avait trois femmes. Les femmes qui n'arrivaient même pas à soulever le cercueil. On est allé les aider on n'avait même pas les combinaisons. C'est quand ils se sont déshabillés que nous on a vu qu'il y avait 03 filles. Nous avons tous mal jusqu'aujourd'hui on n'arrive pas à s'en remettre même dans la famille personne n'a jamais supporté cette histoire de sa disparition. On a même pas vu, je n'ai même pas vu la face de mon père !

P2 : [...] *D'abord d'un il y a je ne sais pas si je veux dire qu'il y a nuance parce que quand quelqu'un est malade vous ne dites pas qu'il souffre de telle chose, même si vous savez que la personne doit mourir, on dit quand même. C'est après la mort, quand on voit que la personne n'est plus en vie, quand il meurt directement on ne te dit pas que c'est ça. Je n'ai pas compris parce que je n'ai moi jamais vu la qualité là. En pleurant j'attendais que quand je finisse de pleurer, on me donne les mesures comme naturellement. Mais à ma grande c'était même, je ne sais même pas si je vais dire surprise, c'était tu as d'abord quelqu'un que tu as perdu, parce qu'il est malade, après ça on vient encore te dire, c'est comme si on te tuait deux fois. Après ça, on vient encore, on fait, on vient encore te sortir les choses en disant : Il y a les gens qu'on attend, il y a une équipe qui arrive. Parce que il se pourrait que c'est ces histoires-là. Moi je n'avais même pas compris. Voilà ce que je suis en train de vivre hein ! pendant ce temps quand je veux encore me rapprocher de mon mari, du corps, on me dit que non tu ne dois pas te rapprocher parce qu'on a fait le test et on a vu que c'est ça ! sur le cadavre ? ekié ! vous faites ça comment ? pourquoi, depuis que je suis là vous n'avez pas fait et me dire, ça allait faire quoi est-ce que c'est la première personne qui meurt de ça ? dites moi-même non ? non vous ne pouvez pas entrer ! ekié ! je me souviens que je n'ai jamais dit la parole là j'ai dit, le ciel m'est tombée sur la tête le 07 mai 2020 le ciel est tombé sur ma tête. Comme il est mort vous me dite que je ne peux pas me rapprocher de mon corps, même voir mon corps ? ils ont gardé le corps, ils ne l'ont pas mis à la morgue.*

P.3 : *je n'aine pas vraiment parlé des circonstances de la mort de mon papa parce que j'estime que c'est méchant ! mon papa était en plus un patriarche. Il sortait d'un consistoire avec ses collègues parce qu'il était pasteur où il a passé environ une semaine hein quelques jours après son retour, il a commencé à se sentir mal et comme par automatisme, il a pris quelques médicaments et il n'y a pas eu de changements. Le lendemain on l'a amené à l'hôpital et là on nous annonce que c'est la COVID- 19. Cette nouvelle nous a assommé premièrement ensuite on nous dit qu'on ne peut pas le voir c'est-à-dire avoir accès à lui quoi ! le premier jour on prenais de ses nouvelles par téléphone puis on lui a enlevé même son téléphone. Tout est allé tellement vite pendant qu'on cherchait comment faire, comment il a fait pour avoir ça voilà que trois jour plus tard on nous annonce son décès comme un jeu comme je vous dis là. On nous dit qu'on doit l'enterrer. Nous n'avons rien compris c'est là où j'en avais marre, j'ai commencé à gronder partout que je veux voir le corps de mon père, et que nous allons aller l'enterrer dans le caveau familial où il y a suffisamment d'espace mais c'était en vain. Laisser-moi vous dire que je ne souhaite à personne de vivre ce genre de chose. On a failli même arriver au*

coups car les gens là ne nous avaient même permis de voir le corps tellement de tiraillement parce qu'il voulait l'amener au cimetière le père de qui ? un patriarche au cimetière ? ça ne se fait pas en pays Beti. Pour finir ils l'ont enterré dans son lieu de culte vers 19h. on n'avait pas de choix mais c'était mieux que le cimetière.

De ce qui précède, il ressort de ces verbatines que la saisie des dépouilles a été appliquée systématiquement malgré les négociations qui étaient engendrées par les participants. De ce fait nous remarquons que la manipulation de la dépouille était faite uniquement par les personnels de santé et donc la famille était présente en qualité de spectateur.

➤ **N on application des rituels culturels du deuil**

Durant les obsèques, nous assistons souvent chez différents peuples en fonctions de leurs ethnies, à des rituels culturels. C'est par exemple le cas des ewondo centre Cameroun de la cérémonie du « Nsili awu » et l'« Essani ». Dans le contexte culturel ewondo, ces deux rites, contribuent au bon accompagnement du défunt auprès de ses ancêtres. Selon le cas traité par cette étude, la mise en exergue des rituels qui se déroulent pendant des obsèques dit « normales » est entravée. Les participants dans leurs discours font ressortir l'absence de rituels culturels (hors de l'espace familial), l'absence de l'office religieux et la restriction du nombre de participant. Leurs déclarations laissent voir ceci :

P1: On avait sollicité qu'on nous remette ne serait-ce que le corps pour qu'on aille enterrer. Ils l'ont amené au cimetière. Dans le cercueil personne n'aurait avec la peur que chacun de nous avait je ne pense pas qu'on aurait eu le courage de casser ou d'ouvrir le cercueil. La demande avait été faite c'est même pour ça que le corps avait passé la nuit on était dans les démarches, pas les démarches on cherchait les gens qui pouvaient nous aider à ramener le corps au village ou bien dans sans concession même ici à Yaoundé mais on a enterré je vais même dire qu'on a jeté le corps de mon père comme pour un poulet. On a un frère qui est prêtre il voulait célébrer comme on fait souvent, ils l'ont demandé de se placer très loin même à 30 mètre eux ils enterraient nous on regardait de loin ils ne nous ont pas laissé le temps de le faire d'abord. On était entre nous, seulement les enfants je veux dire seulement la famille personne ne nous avait assisté les voisins étaient méfiants que ce soit les amis de papa, les collègues ! Personne ne nous avait assistés. Personne ! Nous sommes restés seule comme ça la !

P2: [...] *Comme eux ils disaient qu'on va enterrer le lendemain, nous on était là-bas. Parce que toute la famille est venue le soir. Le lendemain là on a dit qu'on attend qui là, donc le chef du cortège qui a dit qu'ils viennent prendre le corps. On a attendu ils ont dit qu'ils étaient en train d'enterrer ou c'est où là dans un cimetière aussi quelque part ils finissent ils vont venir on a attendu, on a attendu on nous a encore remis au lendemain. C'est au lendemain qu'ils ont fait ça [...]. C'est vrai les gens meurent, même moi je vais mourir, mais l'autre qualité là, l'autre là, si c'est comme ça, ça ne vaut pas la peine de vivre ! Tu ne peux pas quand même être avec les gens, et tu meurs on t'enterre comme si tu n'avais personne ! Comme si c'était un prisonnier. Parce que moi, le style qu'on a jeté le corps de mon mari, oui ! on a jeté, on a jeté je ne sais même pas dans quelle poubelle de je ne sais où ! je ne sais pas. Donc, je n'ai pas compris. Moi je dis que ça c'est la sorcellerie ! Voilà mon enfant j'étais enceinte le moment-là ! Quand je regarde souvent (gorge serrée en pleurant) mon enfant ci je ne sais pas, je vais même faire comment pour aller lui monter la tombe de son père j'ai pensé à ça fatigué je ne sais même plus moi-même parce qu'on n'a pas mis la remarque sur la tombe.*

Chez nous quand on enterre quelqu'un on parle il y a les petits rites. Il n'y a rien de bon qui pouvait se passer quand même ! quand même ! on était à distance tu ne pouvais même pas parler on refusait que tu t'approches on regardait aussi seulement comme ça. Ils l'ont enterré le 09 mai j'étais avec mes enfants ma mère ma sœur et mon petit beau. On nous a demandé beaucoup de chose qu'on devait acheter et on a acheté. Sauf que on ne nous a même pas laisser voir le corps, même voir ! ce jour-là (long silence), j'ai supplié fatigué, je les ai suppliés que pardon, laissez-moi seulement voir le corps de mon mari avant que vous partez enterrer rien ! pleures... comme je ne suis pas morte jusqu'à présent ! et ils ont menacé. On voulait même filmer on nous a menacé. Donc même les photos ? Ils faisaient tout tellement pressés. Il y'avait les gens qui étaient habillés avec quoi là ? les combinaisons et il y a un qui avait le truc qu'on désinfecte le cacao avec là ils ont mis les produits dedans et un appuyait ça partout sur le cercueil. Il n'y avait rien de bon dans tout ça !

P.3 : *comme je vous disais, en pays bété on enterre pas sans des cérémonies traditionnelles. On est des bantous notre culture est ce qui nous caractérise vous comprenez ? enterrer un patriarche sans faire le « Nsili Awu » c'est-à-dire le questionnement sur la mort et l'Essani cette danse traditionnelle qui accompagne le mort auprès de ses ancêtres c'est quelque chose de fondamentale pour nous. Et même encore c'était un homme de Dieu ne serait-ce que nous donner un petit espace de temps pour un petit office religieux on enterre pas quand même un*

animal. Toutes ces choses font même que je n'aime plus parler de ça parce que ça m'énerve. Les blancs créent leurs choses nous on souffre dedans comme ça. Je ne dis pas que ça n'existe pas mais les mesures-là ne valaient pas la peine on devait adapter à notre contexte.

Au vu de ce qui est suscité, il ressort de ces discours que les rituels culturels de deuil n'avaient quasiment plus de place. Par conséquent, les dépouilles étaient enterrées par les personnels de santé, sous le regard impuissant des membres des familles.

➤ ***Déshumanisation de l'inhumation***

Lors de l'enterrement proprement dit de nos morts, le corps est vêtu généralement d'un costume lorsqu'il s'agit d'un homme et d'une robe aux allures de mariage lorsque c'est le cas d'une femme. Ensuite, le corps inerte dans un cercueil est gardé dans le caveau familial accompagné par la famille proche pour les paroles d'adieux suivi, d'une main de terre qu'on ramasse et jette dans la tombe en signe d'accomplissement. Par contre ce cas de figure, les éléments du discours de nos différents participants, laissent croire que la dépouille l'enterrement a été indigne car ne respectant pas les canaux suscités. Ils le décrivent de la manière suivante :

P1: [...] *J'ai même tendance à croire que mon papa n'est jamais mort, ou alors, si c'est même qu'il est mort, peut être que c'est pas lui que nous avons enterré ce jour-là parce que je ne l'ai pas vue. Si c'est lui qui était dans la housse qu'on nous avait montré ooo moi je ne sais vraiment pas. Donc jusqu'à présent moi je n'ai jamais supporté ça ! j'aurai préféré peut-être qu'on nous permette de voir ne serait-ce que son corps. Nous n'avons pas eu, cette possibilité-là donc jusqu'à l'enterrement. Quand on arrive même là-bas, il y avait cinq monsieur habillés en combinaison là quand j'arrive là-bas je me rends compte que, c'était des hommes alors que parmi ces gens il y avait trois femmes. Les femmes qui n'arrivaient même pas à soulever le cercueil. Il y a un qui avait humm comment vous appelez ça l'arrosoir, c'est lui qui était devant avec l'arrosoir, il aspergeait le, leur produit là sur le cercueil et partout où les gens passaient, partout où on passait avec ce cercueil. C'était gênant, c'était gênant, ça frustre même à la limite, ça frustre. Eux ils étaient là-bas en train d'enterrer et nous on était de notre côté on ne voulait même pas qu'on s'approche.*

P2: *je t'ai déjà dit qu'il n'y a rien de bon dans ça! moi je regardais seulement, je ne parlais pas je n'avais même pas la force de parler. Le cercueil c'est la famille qui a acheté. On l'a mis dans un truc on l'a emballé complètement. Ils nous ont menacé. Ils étaient là-bas ils enterraient.*

Mon fils a pris le téléphone pour filmer ils ont refusé donc ils refusent qu'il voit le corps de son père, même filmer ? Ils se sont fâchés ils ont dit : « si on fait ils vont même laisser le corps là, si on fait ils vont même laisser le corps là et partir ! » donc ils ont menacé peut-être s'il était là (son fils) il allait se souvenir de beaucoup plus de chose parce que moi, je tenais même à peine debout, je n'avais pas la force, j'étais dépassée. Et puis quand il a fait ça, les autres membres de la famille ont dit, surtout du côté de son père « aka arrête ça » et quand il reste aujourd'hui il regrette. Il dit que s'il était déjà comme il est maintenant quelque chose allait se passer. Et c'est vrai. Quelque chose de très mauvais allait se passer ce jour-là.

P.3 : mon père a été enterre comme les gars de la communauté urbaine enterre un sans-abri mort sur la voie publique sans tenir compte de quoi que ce soit. Je vous ai expliqué non. Ils l'ont emballé dans une housse et mis dans le cercueil qu'ils ont condamné, ils l'ont enterré la nuit, il y ait une équipe d'environ 06 personnes. Parmi les membres, il y avait un qui avait ce que ce mon père utilisait dans sa cacaoyère pour éliminer les mauvais insectes qui gâte le cacao. Donc on pulvérisait un cercueil condamné c'était dur de voir ça, très dure.

D'après les résultats et analyses présentés, nous pouvons constater et voir que tous les participants ont vu leur dépouille saisie par les personnels de santé conformément au communiqué du ministre de la santé et celui du ministre de l'administration territoriale du Cameroun tel que l'a imposé la pandémie à COVID-19. Cette pratique n'a pas été sans retentissement dans le vécu de nos différents participants.

5.2.2. Vécu du traumatisme chez les membres des familles

Selon Crocq (2007, p.49), le traumatisme psychique se définit comme étant: « la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques transitoires ou définitives. ». Autrement dit, le traumatisme est un choc psychologique important, généralement lié à une situation où une personne a été confrontée à la mort ou à la menace de mort, à des blessures graves ou au péril de tels dommages, à des violences sexuelles ou au risque de telles agressions.

Josse (2019), part des travaux de (Terr, 1991) qui a découvert le traumatisme de I type II, pour décrire les traumatismes directs et indirects. Dans le cadre de ce travail nous allons décrire les traumatismes de type II et directs. Ces différents types de traumatisme sont utilisés dans notre tableau synoptique comme sous thème.

➤ Cas du traumatisme de type II

Dans ce type de traumatisme, Terr (1991), décrit les manifestations suivantes : événement traumatique unique, événement limité dans le temps, événement ayant un début net, et une fin claire ; tentative de répétition ou répétition de l'événement. Ces manifestations constituent les indices de notre sous thème. Les participants déclarent :

P1: [...] *La relation avec mon père, était proche, très proche, amicale, fraternelle, paternelle, parentale en tout cas ! Il avait commencé à se plaindre de la fatigue, après la fatigue il a commencé à avoir les frissons, humm il a pris quelques produits à la maison et après il s'est rendu à l'hôpital parce que ça persistait. Lui-même il est allé à l'hôpital lui-même accompagné de l'un de mes petits frères. Lui il est parti de la maison le ... je ne sais pas c'est la date qui m'échappe là ! je crois que ça devait être le 26 ou le 27 avril 2020. Il allait juste pour une consultation, voilà comment on l'a gardé. Quand on nous a dit ça, ce que nous avons seulement vu c'était la mort. Sourire ! et puis... (en pleurant) je ne l'ai plus jamais revu jusqu'à l'enterrement. Il y a eu toujours un cas comme ça dans la famille, c'est de la même façon et quand nous on a vu ça nous on voyait aussi seulement le décès parce qu'on se disait humm... ce qu'on a d'abord vécu la dernière fois voilà ça qui recommence !*

P.3 : [...] *Mon père était et reste mon modèle. Il est décédé je n'ai plus le jour exact mais je sais que c'était en Mai 2020. Personne ne nous avait assisté, parce que à ce moment les gens avaient même d'abord peur. Beaucoup ne savaient même pas qu'il est décédé et en plus tout était allé très vite. Comme par malchance l'année suivante, j'ai perdu ma tante la sœur à mon défunt père toujours des suites de covid-19 comme si ça ne suffisait pas, et elle quand même, elle son corps a quand même été enterré au village.*

D'après le récit de nos participants, il ressort de manière claire que l'événement est circonscrit, il a un début et une fin claire. Elle nous conduit au deuxième sous thème de notre étude :

➤ Cas du traumatisme direct

Pour Josse (2019), le traumatisme direct fait intervenir les victimes-acteurs, c'est-à-dire celles qui souffrent d'avoir facilité ou provoqué involontairement l'incident et les victimes témoins celles ayant assistés de manière traumatique directe ou indirecte au déroulement d'un

événement traumatique. Le traumatisme direct se manifeste par les éléments ci-dessous : frayeur, peur, pleurs, angoisse, terreur, horreur, désarroi, impuissance. Ces éléments constituent les indices de cette dernière sous partie. Nous pouvons recueillir des différents discours :

P1: [...] *papa arrive là-bas un lundi, lundi le 27 avril 2020. Quand papa était malade, tout le monde qui était là-bas restait dehors, personne ne le voyait, personne ne l'approchait. Quand papa est décédé, ils ne l'ont pas mit à la morgue. Son corps à même dormi parce qu'on cherchait les gens qui allaient nous aider. Ils l'ont mis dans la housse et son corps à dormir dehors derrière les bâtiments de l'hôpital... Là où nous sommes allés l'enterrer là-bas on appelle même ça comment, au cimetière là-bas nous n'avons pas accès. Moi par exemple je ne supporte même pas arriver là-bas parce que pour atteindre même sa tombe, il faut traverser plusieurs tombes pour arriver là-bas, plusieurs tombes vraiment ! Pleurs... Jusqu'à présent je passe parfois mes nuits à pleurer quand je me réveille avec les yeux rouges, les enfants me disent pourquoi mes yeux ont gonflé je leur dis et nous tous on est dépassé de comment leur grand-père a été enterré dans ce genre de conditions pourtant quand il vivait c'est lui qui organisait les choses dans la famille même les deuils comme ça là !*

À la fin de ce récit, nous avons passé une échelle nommée inventaire de détresse péritraumatique de (Brunet et al., 2001), à notre participant P1 et après avoir coché les réponses qui correspondaient à son vécu, nous avons obtenu le score total de 36.

Cela veut dire que le participant 1 peut développer plus tard un Etat de Stress Post - Traumatique provenant de l'événement qu'il a vécu celui de la mort de son père.

P2: *il n'y a rien de bon dans ça ! ça c'est la sorcellerie ! ce jour-là, la personne qui pouvait venir et frapper la main sur la table et dire, non ça ne peut pas se passer comme ça. Il n'y avait encore personne à l'instant là, il n'y avait encore personne. J'étais seul je peux dire comme ça ! Tu ne peux pas être avec les gens, tu meurs, on t'enterre comme un prisonnier. Parce que moi on a jeté le corps de mon mari. On a jeté, on a jeté je ne sais même pas dans quelle poubelle, je ne sais pas. Et moi je ne savais même pas que j'allais vivre avec mon état j'étais tellement menacée ; l'enfant ci a même voulu sortir avant le temps de sortir plusieurs fois je restais seulement couché. A la fin j'ai accouché par césarienne.*

Nous avons passé à la fin la même échelle, à notre participant P2 et nous avons obtenu le score total de 37. Donc, P.2 développerait plus tard un État de Stress Post -Traumatique provenant de l'événement qu'il a vécu celui du décès de son époux.

P.3 : [...] *personne ne devait avoir accès à lui. Même son téléphone il lui ont interdit il est mort sans soutien ni proximité familiale un monsieur qui avait des enfants en plus des grands enfants c'est dur ! comme si cela ne suffisait pas, il a été enterré comme un malpropre.*

Suite à notre entretien, nous lui avons passé la même échelle et il a obtenu un score de 29. Ce score l'exposerait donc à développer dans le futur l'Etat de Stress Post –Traumatique.

5.2.3 Phénomènes psychiques recensés chez les participants

Pendant les entretiens avec les différents participants, nous avons relevé quelques phénomènes psychiques tels que les mécanismes de défenses, les émotions fortes.

▪ **Autres phénomènes**

Les mécanismes de défenses sont des processus mentaux automatiques, qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente. Le sujet pouvant au mieux percevoir le résultat de leurs interventions et s'en étonner éventuellement. Mieux, c'est un processus inconscient mis en œuvre par un individu pour supporter une situation difficile ou lutter contre l'angoisse. Nous avons relevé chez les participants les mécanismes suivant :

- **La dénégation** : c'est le fait de connaître la réalité mais la rejeter. Nous pouvons relever dans les éléments du discours de la participante P.2 les verbatines qui mettent en exergue ce mécanisme de défense:

[...] *Il n'y a rien de bon dans ça ! ça c'est la sorcellerie !*

- **La projection agressive** : c'est le fait de rendre l'autre responsable de la situation. Toujours chez la participante P.2 nous pouvons relever.

[...] *Je suis sûre qu'ils mettaient des trucs qui étouffaient le malade. Moi quand j'ai un malade hein je suis très attentive. Quand on demande même de sortir pendant qu'on donne les soins au malade là moi je ne sors pas moi. J'ai souvent gardé les malades quand mon malade était ou c'était même l'oxygène oh il me disait toujours que c'est comme s'il se sent étouffé. [...] ils ont tué les gens.*

- **Le déplacement** : c'est transférer son angoisse sur quelqu'un d'autre. Cet autre mécanisme de défense est présent chez 02 de nos participants.

P.1 : *jusqu'à présent personne dans la famille n'a jamais supporté l'histoire de sa disparition même si ses frères viennent là je ne suis pas sûre que tu pourras parler avec l'un d'entre eux.*

P.2 : *mon fils ne supporte même pas qu'on parle de ça! c'est ça que tu as vu il a dit que c'est mieux que c'est moi qui réponde et lui il est parti. La semaine dernière je parlais encore de ça avec ma sœur il a dit qu'on ne parle plus de ça !*

- **La résistance** : c'est la troisième étape de la phase de deuil selon Kuber-Ross. A cette étape, l'individu est plongé dans l'inertie, l'argumentation, la révolte et le sabotage. Nous pouvons les déceler dans le discours de P.2 lorsqu'elle affirme : [...] *tu vois on nous fait des choses comme ça, ça fait douleur sur douleur. C'est-à-dire que tu as une douleur on n'est même pas en train de te soutenir, moi je pense qu'il n'y a pas de compassion parce que quand-même ! vrai quelles dispositions ils ont pris pour que le reste des membres soit protégé ? Aucune ! J'étais dépassée parce que après je me suis dit quand même vrai si c'était vraiment ça moi qui suis enceinte donc ils vont me laisser que pardon va continuer aussi là-bas si ça te prends c'est pour toi là-bas.*

- **La culpabilité** : Pour l'inconscient, la mort n'est jamais naturelle et nous nous en considérons toujours comme responsables. Ainsi, Hanus (1994, p.106) met ces sentiments de culpabilité à l'origine de la plupart des deuils compliqués. C'est ainsi P.2 dans son discours disait : *je me suis demander pourquoi j'ai amené mon mari là-bas ? ça devait être surement différent si on allait ailleurs ! Tsuip ah ! je peux encore faire quoi ?*

- **Les pauses** : nous avons noté durant les entretiens avec nos participants les longues pauses. Elles étaient plus accentuées chez le sujet P.1 (08 occurrences). Richard et al (2017, p.8), mentionnent que : « faire silence en soi pour recevoir l'intensité muette des émotions vécues sur le moment par le sujet ». Si ces émotions chez les uns étaient dissuadées dans les silences, nous avons relevés chez les autres, l'expression visible de celles-ci

Selon Bouvet (2018, p.223), les émotions sont la partie sensible et « chaude » de la vie psychique. Selon Piéron (1951), l'émotion une réaction affective d'assez grande intensité, dépendant de centres diencéphaliques, et comportant normalement des manifestations d'ordre végétatif. Autrement dit, c'est un mouvement affectif soudain et intense, entraînant un débordement temporaire du contrôle réflexif sous l'effet d'une stimulation du milieu.

Nous pouvons relevez chez les participants les émotions telles que les pleurs, la colère, la rage.

Chez P.1 et P.2 nous relevons les pleurs.

P.1 : *parfois je sursaute et je mets à pleurer la nuit quand je pense à cette histoire. Le matin on se rend compte juste que mes yeux sont enflés.*

P.2 : *en pleurant, dit : parfois je réfléchis je suis dépassée ! je regarde souvent l'enfant je ne sais même plus où on avait enterré son père. On n'avait pas mis de remarque. Même je repars au cimetière là je ne peux plus connaître...*

Janov (2011), pense que « pleurer ne sert pas seulement à exprimer une peine globale ; les pleurs sont aussi un véhicule qui nous fait remonter le temps jusqu'à des traumatismes bien précis, enfouis en nous par les mécanismes du refoulement (...) les larmes nous lavent de la souffrance et démasquent l'inconscient. En bref, pleurer est un phénomène naturel qui soulage, apaise et peut même amener à retrouver d'anciennes blessures et s'en libérer.

5.3. SYNTHÈSE

Dans cette partie, il est question de faire le résumé de ce chapitre en faisant ressortir les similitudes et les dissemblances.

L'analyse thématique a fait ressortir deux thèmes : primo, mauvais traitement des dépouilles COVID-19 avec ses trois sous-thèmes : saisie des dépouilles ; non application des rituels culturels du deuil et déshumanisation de l'inhumation. Secundo, traumatisme chez les membres des familles suivi de deux sous-thème : traumatisme de type 2 et traumatisme direct.

Durant cette étude nous avons interviewé trois participants dont deux femmes P.1 et P.2 et un homme P.3 et nous leur avons passé l'échelle dénommée Peritraumatic Distress Inventory PDI de (Brunet et al., 2001).

Suite à cela, il ressort en ce qui concerne le mauvais traitement des dépouilles que : l'action des personnels de santé dans la manière d'ensevelir les morts a été dégradante voire humiliante pour les membres des familles car elle vient rendre le chagrin lié à la perte de l'être cher, doublement pénible et ainsi rend la tâche lourde au travail de deuil. En plus de cela, l'annonce du décès à ceux qui ne l'avait pas appris s'évoque de manière brève sans rentrer dans les causes de la maladie. Les attitudes des autres à leur endroit sont perçues comme de la méfiance.

Pour ce qui est du traumatisme, il se traduit par des humeurs d'allures dépressives, le désarroi, les silences suivi des mécanismes de défenses tels que la résistance, la projection

agressive, la culpabilité. On note qu'après l'annonce du décès, l'inhumation a suivi dans les 24 heures pour P.1 et P.3 puis 48 heures pour P.2 tous hors des espaces familiaux notamment dans des cimetières publics pour P.1 et P.2 et dans la chapelle pour P.3. Les participants étaient accompagnés de quelques personnes durant l'inhumation qui s'est déroulée sans rituels culturels (danses traditionnelles, cérémonies funéraires) ni religieux. En plus de cela, aucun participant n'a eu accès à la visibilité de sa dépouille. Il est important de relever que P.3 a vécu la même situation un an plus tard bien que la dépouille cette fois a été enterrée dans le caveau familial. Le sens donné à cela pour P.2 relève de la « sorcellerie ». Suite donc aux entretiens, les résultats de la passation de l'échelle administré à chacun des participants révèle que P.1, P2 et P.3 ont un niveau élevé de traumatisme et selon l'analyse de l'échelle sont à risque de développer un État de Stress Post Traumatique. Ils ont enregistré respectivement un score de 36, 37 et 39.

Ainsi donc, les affects et les mécanismes de sont activés suite au mauvais traitement des dépouilles COVID-19.

CHAPITRE 6 : INTERPRETATION, DISCUSSION DES RESULTATS ET PERSPECTIVES

Ce chapitre, est consacré à l'interprétation et à la discussion des résultats obtenus. C'est donc à ce niveau que ce travail scientifique, produira des savoirs nouveaux dans le domaine de l'étude que nous avons menée. Pour ce faire, nous allons donner un sens à l'analyse et l'interprétation que nous avons faite au chapitre précédent en procédant comme suit : Rappel théorique, interprétation des résultats, suggestions et perspectives.

6.1. RAPPEL THÉORIQUE

- **L'attachement de Bowlby (1980)**

L'attachement consiste à dire que l'enfant a besoin pour se développer normalement sur le plan affectif et social de former une relation affective privilégiée avec au moins un donneur de soins, appelé figure d'attachement principale. L'objectif principal de cette théorie est d'apporter un sentiment de sécurité et du réconfort lorsque l'enfant émet un comportement d'attachement par exemple les pleurs. Il sera question en qualité de figure d'attachement, de répondre au besoin de proximité physique dont a besoin l'enfant pour être rassuré lorsqu'il a peur ou est en colère ou encore en situation de détresse. Une fois le besoin d'attachement satisfait, que le jeune enfant peut aller explorer tranquillement et sereinement le monde en s'éloignant de sa figure d'attachement.

Dans le cadre de notre étude, cette théorie est importante dans la mesure où elle nous permet de comprendre que les personnes qui ont développé un attachement sécurisé s'ajusteraient mieux que les personnes insécurisées et donc le travail de deuil sera facilement fait parce que la relation est appropriée sans indépendance ou dépendance marquée. Par contre si l'attachement est in sécur, la dépendance sera marquée et susceptible de causer le traumatisme.

- **Théorie du signifiant de Lacan (1966)**

Rappelons qu'en tant qu'opération fondamentale de l'appareil psychique, le travail de mise en sens s'appuie sur un vaste ensemble de signifiants ou symboles. Le symbole désigne un signe qui permet un passage de ce qui est visible à ce qui n'est pas visible. Le symbole confère ainsi à l'homme la capacité de mettre l'invisible dans le visible à travers la

représentation. Ces symboles ou signifiants constituent la base de la vie psychique de l'individu et proviennent de l'environnement ou de la culture à laquelle cet individu appartient. Ceci du fait qu'il y a une double structuration psychique et culturelle de l'individu. De là, en contexte culturel, le deuil ne paraît pas comme un événement isolé, mais comme un fait social dont l'expression est construite selon les représentations prédominantes du malheur. Ainsi, la compréhension du deuil, de la mort nécessite un « décodage ». Face donc à cela, un processus d'attribution du sens se met en place. Ce sens se construit à partir des représentations culturelles disponibles au sein de la société ; dans les sociétés traditionnelles, les symboles jouent un rôle très important voir primordiale.

C'est ainsi que face à la gestion d'une dépouille COVID-19, le travail de mise en sens va s'appuyer sur les signifiants culturels. Cette théorie nous permet de comprendre que le mauvais traitement des dépouilles COVID-19 bien qu'étant planifié par les pouvoirs publics, a dénaturé le contexte socio-culturel des familles c'est pourquoi Daniel Lagache (1998, p.35) affirme que « les rites de deuil permettent une séparation entre les vivants et les morts, limitant la culpabilité et la durée du deuil ».

- **Théorie psychanalytique (1986)**

Dans cette théorie, Freud établit une gradation entre deuil normal, deuil pathologique et mélancolie. L'état de deuil constitue une sorte de dépression normale. Le deuil normal est donc lié à des causes discernables, il présente des signes caractéristiques et trouve sa résolution d'une façon à peu près constante, après un délai relativement régulier. Le deuil sera considéré comme achevé lorsque la personne reprendra une relation affective ou bien un investissement équivalent en termes d'énergie libidinale. Dans un deuil pathologique, l'ambivalence du sujet à l'égard de l'objet perdu le fait se sentir coupable de sa disparition et modifie le deuil en le différant ou en rallongeant sa durée. Dans la mélancolie, le moi s'identifie à l'objet perdu et déclenche une recherche de sanction qui peut conduire au suicide.

Ceci étant, la manière dont survient un décès, peut justifier le fait que le deuil soit dit normal, pathologique ou mélancolique. Ce qui voudrait dire que parmi les membres des familles victimes de perte à la fois rapide, sans assistance et surtout dénué de tous rites culturels, ils sont susceptibles de vivre l'un ou l'autre de ces types de deuil.

- **Théorie des oscillations (1999)**

Ici l'oscillation entre deux types de tâches est orientée soit vers la restauration soit vers la perte. C'est cette oscillation qui va agir comme un régulateur, la personne en situation de deuil passant souvent d'un pôle à un autre Stroebe & Schut (1999). Partant de ce principe, ce modèle postule qu'il est essentiel de se confronter délibérément à la perte, tout en étant capable de s'orienter vers l'oubli lorsque la confrontation devient trop pénible. Ces moments de pauses, impliqués par ce processus d'oscillation, seraient importants et utiles pour le maintien de la santé physique et psychologique des personnes en situation de deuil. La perturbation ou la suppression de ce processus d'oscillation pourrait indiquer un deuil compliqué voir traumatique.

Cette théorie est nécessaire dans notre étude dans la mesure où elle nous permet de trouver une explication scientifique aux réactions post-mortem de membres des familles victimes.

6.2. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Tout d'abord, rappelons que cette recherche est menée dans le but de faire une analyse clinique du retentissement psychologique de la gestion des dépouilles mortelles covid-19 sur les membres des familles camerounaises. Plus concrètement, il s'agit de démontrer que le traitement des corps COVID-19 est à l'origine des deuils traumatiques Cameroun. Cela a été possible grâce à un échantillon constitué de 03 participants âgés respectivement de 40, 46 et 48 ans ayant perdu chacun un être cher des suites de COVID-19 et résidant dans la ville de Yaoundé. La collecte des données de terrain s'est faite par les entretiens semi-directifs et de manière individuelles. Après la présentation et l'analyse des résultats, nous constatons que tous les trois participants ont perdu un membre de suites de COVID-19 et les dépouilles ont été mal traité et ce mauvais traitement a un retentissement non négligeable. Pour interpréter ces résultats obtenus, nous nous sommes appuyés sur les théories sus évoquées afin d'analyser et comprendre comment le mauvais traitement des dépouilles COVID-19 engendre le traumatisme chez les membres des familles au Cameroun ou encore met en mal leur état psychique plus particulièrement dans la ville de Yaoundé.

6.2.1. Mauvais traitement des dépouilles et traumatisme

De nos résultats, il ressort que tous nos trois participants interviewés ont vu chacune de leur dépouille être confisquée par les personnels de santé. Il se manifeste par la saisie des

dépouilles, la non application des rituels culturels du deuil et la déshumanisation de l'inhumation. Par ces éléments, les participants ont été des spectateurs pendant les obsèques de leurs proches défunts. C'est ainsi P.1 déclare : *Quand j'arrive, c'est là où mon petit frère me dit que vient, tu as vu, voilà le corps de papa qui est parké là-bas. C'est là-bas que mon papa a passé la nuit donc quand je dis la nuit, c'est la journée de vendredi jusqu'à samedi. Au moment d'aller l'enterrer, il a fallu qu'on supplie pour qu'on accepte même qu'on mette son corps dans un cercueil. On a acheté un cercueil. [...] Quand on arrive même au cimetière, il y avait cinq monsieur habillés en combinaison et parmi eux il y a un qui avait l'arrosoir il aspergeait le cercueil et partout où les gens marchaient.*

D'après les théories de l'attachement et psychanalytique Bowlby (2002) & Freud (1986), lorsqu'il y a eu attachement et que survient la perte, le travail de deuil se déclenche et met en place de manière inconsciente, des mécanismes de défenses du Moi. Ce travail abouti généralement à ce que le sujet renonce à cet objet ou personne, et puisse ainsi s'en détacher tout en préservant le Moi. Lorsque l'expérience de perte est vécue, il y a réélaboration interne et psychique au cas contraire on assiste à un deuil compliqué ici, le travail de deuil se bloque à la position dépressive la personne ne semble pas pouvoir en sortir. Dans cet ordre d'idée, P.2 dit : *mon corps que tu vois ci je n'étais pas comme ça ! Quand les gens qui m'ont connu avant que mon mari ne meurt me voient ils ne comprennent pas et surtout que beaucoup de gens ne savaient pas qu'il est mort c'est maintenant même que j'annonce à certains que je vois. Comme c'était le weekend passé que je disais encore à quelqu'un mais je n'explique pas comme je t'explique si là ! [...] j'ai souvent les palpitations quand je pense à ça ! on m'a dit de boire le lait non sucré. A un moment je me suis même dit que mieux je meurs aussi mais je vais laisser encore mes enfants souffrir plus.* Cette théorie nous permet de comprendre et de toucher du doigt la réalité des personnes qui vivent un deuil compliqué à cause de la manière dont les dépouilles COVID-19 ont été traitées. P.1 précise à cet effet : *[...] Je n'ai jamais supporté l'histoire de la disparition de mon papa. On a même supplié qu'ils aillent enterrer dans sa concession ici à Nkomo ils ont refusé.* Ainsi présenté, nous pouvons dire que, le mauvais traitement des dépouilles déclenche le deuil compliqué ce qui entraîne le traumatisme.

6.2.2 Non application des rituels culturels du deuil et traumatisme

La mort est considérée dans toutes les sociétés comme un événement perturbateur de l'équilibre social et surtout psychique à travers le vide qu'elle provoque dans la communauté. Dans le monde en général et Afrique en particulier la perte s'accompagne des rituels culturels

hérités par la tradition. La tradition est la transmission culturelle par la parole, les gestes un art ou une connaissance qui s'apprend de génération en génération. Au Cameroun chaque peuple a ses cérémonies traditionnelles qui interviennent dans l'accompagnement du défunt à sa dernière demeure. C'est le cas par exemple du « Nsili Awu » chez le peuple Ewondo au Cameroun. Ces cérémonies sont léguées par les ancêtres dans le socle de la tradition. La transgression de celles-ci, pourrait entraîner des perturbations dans la vie de ceux qui restent car elles ont à la fois une fonction religieuse, traditionnelle et sociale. La non application de ces rituels se traduit concrètement par : inhumation hors de l'espace familial, restriction du nombre des participants, non implication de la famille dans l'organisation des obsèques.

La théorie du signifiant de Lacan (1966), se propose d'expliquer l'élaboration de la souffrance chez les personnes qui ont perdu un proche des suites de COVID-19 et donc le corps a été inhumé sans tenir compte des aspects culturels. Bien que les pouvoirs publics camerounais aient fait une communication médiatisée à propos cela n'a pas été sans incidence. En d'autres termes, le gouvernement camerounais a occasionné ses propres maux. Nous pouvons le relever dans les propos de P.2 : *[...] quand on arrive au cimetière au moment de l'enterrer ils ne parvenaient même pas à porter le cercueil, quand les gens là se déshabillent on se rend compte qu'il y avait 03 filles [...] Je vais même dire qu'on a jeté le corps de mon père comme pour un poulet. On a un frère qui est prêtre il voulait célébrer comme on fait souvent, ils l'ont demandé de se placer très loin même à 30 mètre eux ils enterraient nous on regardaient de loin ils ne nous ont pas laissé le temps de faire comme on fait souvent.* Dans la culture africaine, il est important de souligner que les femmes ne portent les cercueils. Cette théorie Lacanienne nous permet de déceler l'origine des troubles psychiques comme les traumatismes chez les membres des familles ayant perdu un membre des suites de COVID-19 du fait du non-respect des rituels culturels liés au deuil. Étant donné que l'Afrique est Bantoue, elle accorde en une importance prépondérante à la culture et la tradition. En clair, ce phénomène ne né pas ex-nihilo, c'est la conséquence de la pandémie de COVID-19. C'est ainsi que P.3 nous fait savoir que : *[...] Mon père était et reste mon modèle. [...] Personne ne nous avait assistés, parce qu'à ce moment les gens avaient même d'abord peur.*

De ce qui précède, nous pouvons affirmer que la non application des rituels culturels est à l'origine de la souffrance chez les membres des familles cette souffrance est caractérisée par la difficulté à élaborer leur souffrance et par ricochet faire le travail de deuil quand on sait que pour Lacan (1955), une fois que l'évènement extérieur retrouve des correspondances avec ce

qui est dedans, l'angoisse est posée. Puisque tel n'a pas été le cas, cela a entraîné la chronicisation du deuil et par conséquent le traumatisme.

6.2.3. Déshumanisation de l'inhumation et traumatisme

La dépouille en Afrique est sacrée et mérite d'être inhumée dans le respect et surtout par les personnes indiquées (anciens, initiés, chefs de familles). Les obsèques sont généralement programmées allant d'une semaine à des mois à l'exception des petits enfants et des musulmans où l'inhumation est faite à la va vite. Et le lieu d'inhumation revient au choix de la famille en fonction de différents critères ; les plus connus sont :

- Au cas où c'est un parent qui décède notamment le père, il est inhumé dans son village natal
- Dans le cas où c'est un parent qui décède notamment la mère et qu'elle est mariée sur le plan coutumier, elle est inhumée dans le village de son mari
- Lorsqu'il s'agit du décès d'un enfant légitime, il est inhumé dans le village de son père.

La déshumanisation dans le cadre de notre étude, consiste premièrement à ne respecter aucun de éléments sus-évoqués, envelopper la dépouille dans une housse mortuaire, la désinfecter et le non-respect de l'intimité familiale. En effet, sur les 03 participants interviewés, tous sont revenus sur un fait : *P.3 mon père a été enterre comme les gars de la communauté urbaine enterre un sans-abri mort sur la voie publique sans tenir compte de quoi que ce soit. Je vous ai expliqué non. Ils l'ont emballé dans une housse et mis dans le cercueil qu'ils ont condamné, ils l'ont enterré la nuit, il y ait une équipe d'environ 06 personnes. Parmi les membres, il y avait un qui avait ce que ce mon père utilisait dans sa cacaoyère pour éliminer les mauvais insectes qui gâte le cacao. Donc on pulvérisait un cercueil condamné c'était dur de voir ça, très dure !*

Pour commencer, rappelons que Stroebe & Schut (1999), font état de ce que la théorie des oscillations joue le rôle de régulateur dont le but est que la personne en situation de deuil soit restaurée ou alors elle plonge dans la perte. La déshumanisation de l'inhumation entraîne chez les participants des émotions telles que les pleurs : P.2 en pleurant dit : *tu ne peux pas être avec les gens, tu meurs, on t'enterre comme un prisonnier !* Cette affirmation de P.2 laisse transparaître l'amertume, la rage et l'impuissance. Face à cela, elle est maintenue selon la théorie dans la partie de la perte. En effet, toutes les dispositions prises par les pouvoirs publics pour la gestion des dépouilles COVID-19, a causé des blessures psychiques qui prendront beaucoup de temps pour guérir. Certains ont pris l'initiative de revoir la gestion afin d'obtenir

une faveur mais en vain. C'est ainsi que P.3 déclare : [...] *On nous dit qu'on doit l'enterrer. Nous n'avons rien compris c'est là où j'en avais marre, j'ai commencé à gronder partout que je veux voir le corps de mon père, et que nous allons aller l'enterrer dans le caveau familial où il y a suffisamment d'espace mais c'était en vain.*

Au vu de ce qui précède, il ressort que toutes les émotions fortes émises par tous les participants pendant les interviews découlent du fait de la déshumanisation de l'inhumation des dépouilles. Tous les éléments de celle-ci ont été appliqués sur la totalité des dépouilles de nos différents participants ce qui a suscité en eux, des émotions. Ces émotions pourraient exprimer de la part des participants, la tristesse et l'angoisse selon Bouvet (2018, p.23).

Selon Freud et ses successeurs, l'expression des émotions aurait un effet cathartique, soulageant, libérateur. Une certaine quantité d'énergie devrait être libérée, évacuée pour permettre un nouvel attachement. Il est donc en conséquence, important d'aider la personne à exprimer ses sentiments. L'occasion d'exprimer ses sentiments en toute sécurité lui permet de se sentir libre de traverser son deuil. Alors, l'expression émotionnelle serait une expérience d'apprentissage qui rend la perte réelle.

Par contre, la déshumanisation n'est pas sans conséquence chez nos participants, elle retarde le phénomène d'oscillation (perte-restauration) comme énoncé par Schut & Stroebe (1999), et maintient longtemps la victime dans la perte ce qui complique le deuil et cause le traumatisme.

6.3. DISCUSSIONS DES RÉSULTATS

Dans cette partie de la recherche, il s'agit de montrer que le traumatisme peut aussi s'expliquer par d'autres facteurs que celui de la mauvaise gestion des corps COVID-19 au Cameroun. Ces facteurs peuvent se résumer à différents niveaux : individuel, familial, socio-économique, politique.

- **Sur le plan individuel**

Un jour ou l'autre, la plupart des individus sont confrontés à la perte d'un être cher, souvent à plusieurs reprises au cours d'une vie. Cette perte cause des conséquences fâcheuses qui amènent l'individu en fonction du type de relation avec la personne disparue (époux, parents, frères) à modifier sa manière de vivre. La perte d'un être cher peut entraîner chez certains des traumatismes liés au fait que le disparu était le chef de famille. C'est par exemple le cas avec P.2 qui affirme que : *mon fils ne supporte pas de parler de ce sujet parce qu'il y a des choses qu'ils aujourd'hui que si son père était encore en vie, il n'allait jamais le faire. Il*

n'allait pas souffrir comme ça ! Aussi, il est important de mentionner que l'époux en plus d'être l'apport financier dans la famille, comblait également le vide affectif et procurait de la sécurité à son épouse et à sa famille. Essayez à de tout reconstruire à 40 ans si nous nous appuyons sur le cas de P.2 n'est pas la chose évidente à faire ; ou encore éduquer ses enfants lorsqu'on est veuve et qu'on fait du petit commerce est toujours pénible quand on sait la fonction qu'occupe un père tant sur le plan affectif que social. Dans cette suite d'idée P.2 nous dit avec les larmes aux yeux : *quand je regarde l'enfant ci je ne sais même pas ce que je vais lui expliquer. [...]* Les autres au moins ont vu leur père avant qu'il est mort. C'est dans ce sens que Freud (1908), affirme : « la mort du père est l'évènement le plus important et le plus déchirant dans une vie d'homme ».

- **Sur le plan familial**

En marge des réunions familiales organisées dans les familles, les obsèques sont aussi l'occasion pour le jeune né hors du village de découvrir son identité culturelle, de voir comment se passe la gestion des conflits, la conservation de la culture, l'importance occupée par les tombes. Ce dernier, dans certaines cultures, est sacrée notamment chez les peuples Grasfields à l'ouest Cameroun. Certains enfants ne vont d'ailleurs dans leur village pour la première fois que lors des deuils de leurs parents ou grands-parents ; occasion de rencontrer les autres membres de leurs familles. Ces éléments qui ne sont pas respectés laissent des marques pénibles dans la psyché de la victime. En Afrique en général lorsqu'il y a deuil les membres de la famille se déplacent en grand nombre pour venir aider la personne endeuillée en cuisinant pour elle, en chantant tous les soirs des louanges afin de lui apporter le réconfort. Par la même occasion, les membres s'organisent en faisant des réunions pour désigner qui s'occupera de la restauration, de la vente des pagens, des t-shirts, foulards... la pandémie à COVID-19 du fait des restrictions imposées, a permis que tout cela ne soit pas possible ce qui fait créer chez les personnes endeuillées amertume et colère. Ceci se justifie par les propos de P.3 lorsqu'il dit : [...]
Personne ne nous avait assisté, parce que à ce moment les gens avaient même d'abord peur. De même, l'incapacité pour la famille d'organiser des obsèques dignes à leur proche disparue ne fera pas parler d'elle quand on sait que le deuil est dorénavant un moment pour la famille de montrer sa capacité financière en organisant des obsèques luxueuses en commençant par le lieu de la morgue, le standing des pompes funèbres, la chapelle où sera déposée la dépouille pour l'office religieux, la veillée où seront distribués les gamelles de nourritures pour certains, le pain chargé accompagné du café pour d'autre et surtout le réaménagement ou la construction de la maison qui va accueillir les invités. Cette impossibilité de pouvoir prouver aux des autres

de quoi on est capable constitue une frustration. Le regard que les autres porteront sur la famille sera donc difficile à assumer lorsqu'on sait que la peur du jugement est un mécanisme psychologique naturel puisque nous ne pouvons pas vivre seuls.

- **Sur le plan socio-économique**

Au Cameroun la grande majorité de la population appartient à une tontine (association de personne qui, unies par des liens familiaux, d'amitiés, de profession, de clans ou de régions, se retrouvent à des périodes d'intervalles plus ou moins variables afin de mettre en commun leur épargne en vue de la solution des problèmes particuliers. Elle s'inscrit dans la logique des vertus socioculturelles de la solidarité africaine. A cet effet, premièrement, elle accompagne et soutient à fois physiquement et financièrement chacun de ses membres pendant les événements heureux ou malheureux. Ce système rotatif qu'a la tontine a été empiété par la COVID-19 à cause du caractère ultra contagieux de la maladie.

Le message « Restez chez vous » en boucle dans les chaînes de médias a contribué à détruire le caractère social des obsèques. Les personnes endeuillées se retrouvaient donc en train de traverser cette période sans soutien véritable des amis et des membres de la tontine lorsqu'on est sans ignorer que dans certaines associations quelques membres sont souvent délégués pour accompagner la dépouille au village natale pour l'inhumation. Cette autre circonstance peut contribuer à rendre le deuil compliqué. P.1 nous livre que : *aucun collègue de papa ni ses amis ne nous a assisté personne.*

Deuxièmement, la tontine a ce qu'elle appelle l'« aide ». Elle est octroyée à membre en règle qui a un événement heureux ou malheureux. Elle consiste à préparer un buffet pour les membres qui effectueront le déplacement. Cette aide n'a pas été attribué à certaine personne endeuillée ce qui peut renforcer la peine en plus de celle qu'elle traverse et de ce fait causer la dépression.

En plus, le deuil au Cameroun est un moment de fête. À cet effet, les petits commerces se créent tout autour on observe alors des personnes qui déplacent des casiers de bières pour la commercialisation de ceux juste pendant le temps de la veillée et l'inhumation. Dans les villages, c'est l'occasion pour les personnes qui font les champs de vendre les vivres aux personnes venue pour la circonstance et par ailleurs renforcer leurs économies. Kaffo & al. (2019, p. 13) avait raison de dire « Les cérémonies funéraires (...) ont connu depuis plusieurs années de profondes mutations au point d'être à la base du développement de la reconstruction des économies locales. »

- **Sur le plan juridique**

Le plan juridique concerne beaucoup plus le travail des avocats dans le cadre de la facilitation des procédures pour la probable récupération des restes de dépouilles. En effet, lorsque les juridictions devraient tout mettre en œuvre pour que la loi dite soit respectée. Il doit prendre en compte tous les critères intégrant le développement socioculturel pour l'épanouissement de l'homme dans son biotope, et si ce n'est pas le cas, il est évident de vivre des frustrations voire des traumatismes. Dans ce sens Timtchueng et al. (2020, p. 6), rappelle que « Au Cameroun, légalement seul le "décret 74/199 du 14 mars 1974 portant réglementation des opérations d'inhumation, d'exhumation et de transfert de corps" définit clairement comment gérer les corps de personnes décédées de maladie contagieuse, et même le délai d'exhumation en cas de nécessité. Or, ni les communiqués, ni les recommandations, ni les avis scientifiques qui ont guidé à ce jour la gestion des corps dans le cadre de l'épidémie à COVID-19 ne peuvent remplacer ledit décret. Leur but devrait être de compléter ou renforcer ce décret, tout en restant en conformité avec lui. ». En d'autres termes la décision prise par le politique doit tenir compte des lois qui existe déjà. Or, au Cameroun, la décision a été importé de l'occident sans tenir compte des réalités culturelles des peuples camerounais. Etant donné que l'homme est selon Sow (1977), une « enveloppe culturelle », ce décret vient en lui comme une épée de Damoclès le transpercer et briser son essence, sa genèse ce qui favorise la naissance de traumatisme.

Pour bifurquer donc ce problème de traitement des dépouilles COVID-19, il faut rendre à l'homme Camerounais ce qu'il a de plus chère sa culture. C'est pourquoi nous comprenons donc avec Sow (1977), l'importance du sacré dans la culture et la pensée des Africains car elle permet de saisir les rapports intimes entre certains thèmes traditionnels.

6.4. PERSPECTIVES

6.4.1 Suggestions

De nombreuses organisations ont recommandé d'appliquer les techniques d'enterrement habituelles, qui permettent de laisser la famille suivre un minimum de choix culturel spécifique. L'OMS, par exemple recommande, sur la base des preuves disponibles en particulier des précédentes épidémies de grippe, de permettre à la famille d'appliquer les principes de sensibilité culturelle et de suivre leurs coutumes, à condition que toutes les mesures d'hygiène et de distanciation sociale soient appliquées avant, pendant et après l'enterrement. Elle met

l'accent sur la dignité des défunts et leurs familles, qui doit être respectée et protégée tout au long du processus de prise en charge.

Le Center for Disease Control and Prevention (CDC) va dans le même sens de respect des mesures barrières, en demandant que les obsèques des défunts de COVID-19 soient organisés par la famille sur haute surveillance des personnes habilitées à manipuler les corps, et que les traditions et coutumes des défunts et de leurs familles soient respectées.

Au Cameroun, de nombreuses voies dans le monde médical et scientifique se sont levées pour appeler à une inhumation décente par les familles. L'Académie des Sciences du Cameroun dans sa deuxième déclaration sur la réponse du Cameroun à la pandémie de la COVID-19 relève en son point 15 « Demande au Gouvernement d'envisager de suivre les directives de l'OMS sur la gestion sûre du cadavre dans le cadre de COVID-19; ces directives, en effet, permettent un enterrement sûr et sécurisé (avec des cercueils scellés au zinc) par la famille selon ses coutumes. Ce point est très sensible car il est à l'origine de la violence généralisée et croissante à l'encontre du personnel de santé ». Devant les incompréhensions, réclamations et déviances liées à la gestion des corps de personnes décédées de la COVID-19, le ministre de la santé Publique du Cameroun, en date du 12 mai 2020, a saisi le conseil scientifique des urgences sanitaires sur la question. Ce conseil s'étant appuyé sur les orientations provisoires de l'OMS, a recommandé que le défunt pouvait alors être inhumé dans un délai de 48 heures, « dans le respect de la dignité humaine et de leurs traditions culturelles et religieuses », dans le domicile familial s'il en a dans la ville dans laquelle est survenu le décès, en présence de quelques membres de la famille et proches dans le respect des mesures de distanciation et surtout que les corps soient placés « dans un cercueil hermétique, fermé et zingué, avec ou sans vitre encastrée permettant à la famille de voir le visage du défunt », et enterrés dans le respect de la dignité.

Ces recommandations du conseil scientifique des urgences sanitaires apportent un assouplissement dans les procédures d'inhumation des dépouilles. Néanmoins les familles restent dévastées par l'incapacité d'inhumer leurs défunts dans leurs villages. Face à cette situation désolante, d'autres mesures d'assouplissement s'avèrent fortement recommandées pour une inhumation des cadavres des personnes COVID-19, qui concilie une totale sécurité sur le plan de la santé publique, et une totale dignité pour les familles et leurs coutumes.

Timtchueng et al (2020, p.7) font les propositions suivantes :

- permettre la conservation du corps à la morgue pendant toute la durée souhaitée par la famille;

- sceller et zinguer le cercueil;
- autoriser le voyage si nécessaire, sous la surveillance d'un officier de police judiciaire aux frais de la famille;
- prohiber l'autopsie traditionnelle et toute autre forme de manipulation du corps par la famille;
- accorder 24 heures de séjour dans la famille (dans la localité où le corps le corps va être inhumé);
- laisser inhumé dans le domicile familial dans le strict respect des mesures-barrières, le tout sous la surveillance d'un officier de police judiciaire, aux frais de la famille.

Pour les personnes déjà inhumées dans les conditions indécentes, appliquer le décret 74/199 du 14 mars 1974 en accordant la possibilité d'exhumation après un minimum de 3 années posthumes pour poursuivre les cérémonies culturelles. Ces propositions émanent d'une réflexion holistique impliquant juristes, médecin, psychologue, sociologue, spécialiste des zoonoses, et expert de santé publique et politiques de santé; elles visent à équilibrer les besoins des personnes endeuillées à pleurer de manière appropriée, tout en minimisant la propagation de l'infection par le coronavirus. Par ailleurs, un plan de communication clair intégrant tous les acteurs, aussi bien communautaires, traditionnels, religieux, scientifiques que du secteur médical, doit être mis en place pour faciliter la compréhension et l'acceptation de ces propositions. Pour mieux soutenir ces propositions, la production des données locales sur l'impact psychologique de la situation actuelle de la gestion des dépouilles au Cameroun et dans d'autres pays d'Afrique sub-Saharienne est un impérative. De plus, la mise en place de ces propositions doit s'accompagner d'une étude risque/bénéfice de l'inhumation des dépouilles de la COVID-19 suivant les coutumes africaines.

Pour finir, les membres des familles doivent bénéficier d'un accompagnement psychologique qui leur permettra d'être apaisé et de poursuivre sereinement le travail de deuil.

Ces données sont importantes tant pour la gestion de l'épidémie actuelle que pour les épidémies futures.

6.4.2 Perspectives

Parvenu au terme de notre étude, nous ne pouvons pas nous enorgueillir d'un fait : celui d'avoir abordé tous les contours et recoins de notre étude qui a porté sur l'analyse clinique du retentissement psychologique de la gestion des dépouilles mortelles COVID-19 sur les membres des familles. Par conséquent nous avons avec les moyens possibles, apporté notre

modeste contribution scientifique sur l'analyse et la compréhension de l'impact de la pandémie qui a touché le monde entier en général et le Cameroun en particulier. Eu égard de cela, cette recherche a relevé qu'effectivement, le traitement des dépouilles COVID-19 a causé des incidences psychologiques sur les membres des familles.

Ainsi, pour continuer à questionner le retentissement psychologique du traitement des dépouilles COVID-19 sur les membres des familles, nous pourrions mener sur le long terme, une étude clinique éclectique, c'est-à-dire une étude qui se situe à l'intersection de la recherche en clinique (qui est objectivant) et de la recherche clinique (qui est non objectivant). Dans cette recherche, nous ferons usage des tests projectifs (Rorschach et le TAT) qui nous permettront déceler le retentissement psychologique chez nos participants. Ainsi, l'analyse de nos résultats ne se limitera plus à une exploration à partir des entretiens et une échelle, mais en plus de l'usage des tests.

Aussi, il sera nécessaire de reproduire des études semblables à la nôtre sur des échantillons plus larges et différents afin de produire des données comparatives nécessaires à la généralisation.

Ceci étant, nous restons en toute humilité ouvert à toutes critiques et suggestions pouvant apporter une amélioration à notre travail.

CONCLUSION GENERALE

Cette étude intitulée : *Analyse clinique du retentissement psychologique de la gestion des dépouilles mortelles COVID-19 chez les membres des familles : cas de Yaoundé – Cameroun*, est abordé dans le cadre de la psychologie clinique. La COVID-19 est une maladie qui a causé la mort de plus de 1927 camerounais selon le rapport du Ministère de la Santé Publique du Cameroun et dont l'inhumation s'est faite à la va vite.

C'est ainsi que plusieurs chercheurs ont montré que le deuil en période de COVID-19, est difficile et génère la souffrance psychique. Les recherches antérieures se sont intéressées au traumatisme et à la résilience des mesures édictées par la COVID-19, sans toutefois interroger le retentissement psychologique dû au traitement des corps ainsi qu'à la survenue éventuelle d'un état de stress post traumatique.

Dans ce sens, cette étude, a posé le problème du retentissement psychologique dû au traitement des dépouilles COVID-19 chez les membres des familles. Ledit problème a été concrétisé par la question de recherche suivante : Quel est le retentissement psychologique du traitement des dépouilles COVID-19 chez les membres des familles ? pour avoir des éléments de réponse à cette question, nous avons formulé l'hypothèse suivante : le mauvais traitement des dépouilles COVID-19 entraîne le traumatisme chez les membres des familles. L'objectif étant d'analyser et de comprendre comment le traitement des dépouilles entraîne le traumatisme chez ceux-ci.

N'étant pas les premiers à nous intéresser à cette thématique, notre revue de la littérature a tourné tout autour du deuil en général, et en contexte de COVID-19 en particulier ; des problématiques y afférentes de l'annonce du décès à l'inhumation. La situation dans laquelle les dépouilles ont été inhumé a créé des heurts entre personnels de santé et membre des familles. Selon les auteurs, il était important d'alléger les mesures liées à la gestion des corps et respecter de ce fait les coutumes des peuples.

Dans le cadre des enterrements des personnes décédées des suites de COVID-19, les rituels culturels sont suspendus par les pouvoirs publics ce qui cause des émotions désagréables et rend difficile le travail de deuil. Nous avons donc fait le point sur la manière

d'inhumer ces corps, et l'un des éléments qui cause la souffrance est le non-respect des rituels culturels du deuil propre à chaque peuple. Dans l'explication théorique, nous nous sommes servis de plusieurs approches ainsi que des théories notamment du signifiant de Lacan.

Pour atteindre notre objectif, nous avons fait usage de la méthode clinique particulièrement l'étude de cas. Le choix de cette méthode s'est justifié par sa capacité à fournir une analyse profonde des phénomènes dans leur contexte. Suivant nos critères d'inclusion et d'exclusion, trois participants ont été sélectionnés. Il s'agit de 03 membres des familles ayant tous perdus un proche des suites de COVID-19 (P.1 46ans, P.2 40 ans et P.3 48ans). Les données proprement dites ont été collecté par le biais des entretiens semi-directifs et d'une échelle dénommée Peritraumatic Distress Inventory de (Brunet et al.,2001), pour les analyser nous avons fait recours à l'analyse de contenu thématique.

Suite à cette analyse, les résultats obtenus, montrent que chez les participants de cette étude, le retentissement psychologique dû au mauvais traitement des dépouilles entraîne le traumatisme direct chez P.2 et le traumatisme de type II chez P.1 et P.3. Les résultats de la passation de l'échelle fait état de ce que nos participants sont à risque de développer un État de Stress Post-Traumatique.

Ces résultats interprétés à partir de 04 théories : théorie de l'attachement de Bowlby (1980), psychanalytique Freud, théorie des oscillations de Stroebe et Schut (1999), et du signifiant de Lacan (1966) mettent en évidence que la perte d'un être cher n'entraîne la souffrance que lorsqu'il y a un lien d'attachement ; aussi, les difficultés d'élaborations de la souffrance sont dû au mauvais traitement de la dépouille qui se matérialise par : la saisie des dépouilles, la non application des rituels culturels et l'inhumations dégradante. Ce qui rend compte de la survenue du traumatisme et accorde de ce fait une pertinence clinique à notre hypothèse de recherche.

En perspective, pour continuer ce travail de recherche, nous envisageons l'analyse et la compréhension du retentissement psychologique de la gestion des dépouilles COVID-19 sur un échantillon plus large en joignant ainsi aux entretiens, des tests projectifs pour une appréhension plus optimale du problème.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agence nationale de santé publique, « infection au nouveau Coronas (SARS-CoV-2), covid-19, France et Monde », sur santepubliquefrance.fr, 20 mars 2020 (consulté le 21 mars 2020).
- Alain, B. ; Camille, B-C. (2003). *Accompagner des personnes en deuil. L'expérience du centre François-Xavier Bagnoud*. Paris : ères
- Amana, E. (2010). *Fonctions instrumentales des substituts parentaux et inadaptations socio-affective chez l'adolescent de la rue au Cameroun*. [Thèse de doctorat PhD, Université de Yaoundé 1]. Non publié
- Amana, E. (2015). *Social Sciences and Education Research Review. work of grief over infancy in street adolescent in Cameroon*.(vol2) : SITECH
- Ainsworth, M. D. S. (1992). A consideration of social referencing in the context of attachment theory and research. In S. Feinman. (Ed.), *Social referencing and the social construction of reality in infancy* (pp. 349-367). Boston, MA: Springer. doi:10.1007/978-1-4899-2462-9-14
- Association Américaine de Psychiatrie, DSM-5 (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, (5^e) édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Auriacombe, E. (2000). Approche psychanalytique du deuil chez l'enfant. *Bulletin de psychologie*, 53 (4), 445-449.
- Bacqué, M.-F. (2000). *Le deuil à vivre*. Paris, France : Odile Jacob.
- Bacqué, M.-F., & Hanus, M. (2009). *Le deuil*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Baudier, A. ; Celeste, B. (1990). *Le développement affectif du jeune-enfant*. Paris : Nathan
- Baudry, P. (2003). Travail du deuil, travail de deuil. *Etudes*, 11 (399), 475-482. <https://www.cairn.info>
- Brillon, P. (2013). *Quand la mort est traumatique* : Broché.
- Bayle, G. (1994). *Métapsychologie et devenir des deuils pathologiques, monographies de psychanalyse*. PUF.

- Blanchet, A. (1981). *L'entretien de recherche : la construction des univers référentiels*. [Thèse de doctorat, Université de Paris-VII]. Non publié
- Blavier, A. (2016). *Cours de Psychotraumatisme*. Liège, Belgique : Université de Liège
- Bouchard, G. (2000). *Genèse des nations et cultures du nouveau monde*. Essai d'histoire comparée. Montréal, Boréal.
- Bouopdi, A. (2020). *Signifiants culturels et élaboration psychique de la souffrance chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique*. [Mémoire de Master, Université de Yaoundé 1]. Non publié
- Bourgeois, M.-L. (1996). *Le deuil : clinique et pathologie*. Paris : PUF
- Bourgeois, M.-L. (2003). *Deuil normal, deuil pathologique : Clinique et psychopathologie*. Montrouge, France : Doin.
- Bourgeois, M. (2013). *Deuils compliqués*. (S18A). Congrès français de psychiatrie/ European Psychiatry 28S, 2013 p.41
- Bourguignon, A. (1982). *Recherche clinique en psychiatrie*. Paris : INSERM
- Bowlby, J. (1984). *Attachement et perte*. Vols.1-3. Paris: Presses Universitaires de France
- Broca, A. DE. (1997). *Deuils et endeuillés, (se) comprendre pour mieux (s') écouter*. Paris : Masson, coll. « Médecine et psychothérapie ».
- Broca, A. (2010). *Deuils et endeuillés*. Masson. 86.
- Brunet, A. Jehel, L., Paterniti, S., & Guelfi, J-D. (2001). *Peritraumatic Distress Inventory (PDI)*.
- Chavagnat, J.-J. (2013). *Deuil et symptomatologie psychiatrique: quelle conduite à tenir?*. S18C, congrès français de psychiatrie. European Psychiatry. 41.
- Castarède, M.- F. (1983). *L'entretien clinique à visée de recherche*. In Chiland, C. (1983).
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Centers for Disease Control and Prevention Coronavirus disease 2019 (COVID-19) 2020. United States: Centers for Disease Control and Prevention*.
- Cayol, A. (2011). *Avant la naissance et après la mort: l'être humain, une chose digne de respect*. In cahiers de la recherche sur les droits fondamentaux.15

- Compan, S. (2015). *Deuil pathologique ou pathologie du deuil ?* [Thèse de doctorat, Université de Picardie Jules Verne]. Thèses.fr
- Comte-sponville, A. (1992). *Vivre c'est perdre, deuil*. (128). Paris : Autrement
- Cornillot, P. & Hanus, M. (1997). *Parlons de la mort et du deuil*. Paris : Frison-Roche.
- Coronavirus. (03 mars 2020). Dans *wikipédia*.
<https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Coronavirus&oldid=168043067>
- Crocq, L. (2014). *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes* 3e Ed. Paris: Elsevier Masson.
- D'Amore, S. (2010). *Les nouvelles familles. Approches cliniques*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- De Broca, A. (2010). *Deuils et endeuillés*. Masson.
- Debret, J. (2020). *Les normes APA françaises : Guide officiel de Scribbr basé sur la septième édition (2019) des normes APA*. Scribbr.
- Delamater, J. (2006). *Handbook of social psychology*. Springer Science.
- Delille, R. (2019). *L'impact de la détresse sur le couple parental dans un contexte de deuil périnatal*. [Mémoire de master, Université de Liège]. Matheo.uliege.be.
<http://hdl.handle.net/2268.2/7603>
- Deluzarche, C. (2020, 17 novembre) futura santé. Consulté le 26 octobre 2021 sur <https://www.futura-sciences.com/santé/actualites/coronavirus-patients-infectes-Italie-septembre-2019-80237/>
- Deschaux, J., Hanus, M. & Jésus, F. (1998). *Les familles faces à la mort*. L'esprit du Temps.
- Devereux, G. (1961, 1969). *Ethnopsychiatrie des indiens mohaves. Les empêcheurs de penser en rond*. Paris, Synthelabo.
- Devereux, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion.
- Devereux, G. (1973). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard.

- Di, C. & Moro, M.R. (2008). *Conflits des cultures dans la constitution de soi : l'apport de l'approche ethnopsychiatrique*. In informations sociales. N°145
- Dollander, P. (1978). *Deuil et identification : contribution à l'étude des complications du deuil chez l'adulte*. [Thèse de doctorat, Université de Nancy I]. Non publiée
- Dolto, F. (2003). *La vague et l'océan – Séminaire sur les pulsions de mort*. Paris : Gallimard.
- Emile, D. (1968). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Presses Universitaire de France.
- Fasse, L., Sultan, S., Flahaut, C. (2014). *Le deuil, de signes à l'expérience. Réflexion sur la norme et le vécu de l'endeuillé à l'heure de la classification du deuil compliqué. L'évolution psychiatrique* 79. 295-311
- Faure, C. (2012). *Vivre le deuil au jour le jour*. Albin Michel, 56.
- Favez, N. (2010). *L'examen clinique de la famille : Modèles et instruments d'évaluation*. Wavre, Belgique : Mardaga.
- Favez-Boutonnier, J. (1968). *La psychologie clinique : objets, méthodes, problèmes. Bulletin de psychologie*. (21).
- Fenouillet, D. (2012). *Droit civil : Les personnes, personnalité, incapacité, protection*. Paris : Ed Dalloz. 8
- Fiona Vogel. *La fonction contenante : un double ancrage corporel et relationnel. Médecine humaine et pathologie*. 2015. dumas-01195826
- Fouda, S.M. (2020). *COVID-19: Communiqué*. Accessed 15 July 2020.
- Freud, S. (1915 a). *Actuelles sur la guerre et la mort*. Dans Œuvres complètes - psychanalyse – 1914-1915. Paris : Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1915). *Deuil et mélancolie. Métapsychologie*. Paris, France: Gallimard
- Freud, S. (1939). *Moïse et la religion monothéiste*. Vienne, Amsterdam : Imago
- Freud, S. (1993). *Totem et tabou*. Paris, France : Gallimard
- Freud, S. (1994). *Le deuil dans la vie*. Paris : Maloine.
- Géza Róheim. (1972). *Origine et fonction de la culture*. Paris: Gallimard.

- Guidère, M. (2004). *Méthodologie de la recherche du jeune chercheur en lettres, langues, sciences humaines et sociales : maîtrise, DEA, master, doctorat*. Ed. Ellipses
- Grégory. (2021, 10 mars) COVID-19 : beaucoup de gens vivent un deuil inachevé. <https://www.nouvelles.umontreal.ca/article/2021/03/10/covid-19-beaucoup-de-gens-vivent-un-deuil-inacheve/>
- Hanus, M. (1994). *Les deuils dans la vie*. Maloine.
- Hanus, M. (2006). *Les deuils dans la vie : deuils et séparations chez l'adulte et chez l'enfant* (éd. 3). Paris, France: Maloine.
- Hanus, M. (2010). *Deuil et résilience : différences et articulation*. *Frontières/vol.22 automne 2009/printemps*. (N°1-2). P.20
- Hélène Romano & al. (2015). *Accompagner le deuil en situation traumatique*. Paris : Dunod
- Hermès, E., & Sifer, L. (2005). Le processus identitaire des patients en hémodialyse : l'impact de la technique sur la trajectoire de vie. *Recherche en soin infirmiers*, 81, 56-77.
- Herzlich C. (1984). *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*. Paris : Ecole des Hautes Etudes en sciences sociales.
- Janine, P. (1995). *Deuil et accompagnement*. *Bulletin de thanatologie*, 103-104.
- Josse, É. (2014). *Le traumatisme psychique chez l'adulte* Ed 1ère. Louvain-la-Neuve : De Boeck.
- Josse, E (2017). *Pratique de la psychothérapie EMDR*. Psychothérapies: Dunod
- Josse, E (2019). *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. Bruxelles : De Boeck Supérieur
- Juignet, P. (2003). Lacan, le symbolique et le signifiant. *Clinique méditerranéenne*, 68, 131-44.
- Kaës, R. et al. (2005). *Différence culturelle et souffrance de l'identité*. Paris : Dunod.
- Kaës, R., Misserand, A., Kaspi, R. et al. (1990). *Crise, rupture et dépassement*. Paris : Dunod
- Kaffo, C., Noubactep, C., Akamba Bekono, J. C., & Tchekote, H. (2019). Les cérémonies funéraires à l'Ouest-Cameroun. Entre mutations des pratiques sociétales, reconstruction des économies locales et aménagement de l'espace. *Géographie et cultures*, (110), 13-32.

- Klein, M. (1934), Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs, trad. M. Derrida, in *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot
- Klein, M. (1940). Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs, trad. M. Derrida, in *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot
- Klein, M. (1946). *Notes sur quelques mécanismes schizoïdes*, trad. franç., PUF, 1966.
- Klein, M. (1957). *Envie et gratitude*, trad. franç. Gallimard, 1968.
- Kouassi, K. (2005). La mort en Afrique : entre tradition et modernité. *Etudes sur la mort*, 2 (128), 145-149. <https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2005-2-page-145.htm>
- Kübler-Ross, E., & Byock, I. (1969). On Death and Dying: What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy and Their Own Families.
- Kübler-Ross, E. (1975). *Les derniers instants de la vie* (C. Juberd, Trans.). Genève, Suisse : Labor et Fides. (Original work published 1969)
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2011). *Life Lessons: Two Experts on Death & Dying Teach Us about the Mysteries of Life & Life*. New-York, NY : Simon & Schuster.
- Kuipou, R. (2015). Le culte des crânes chez les Bamiléké de l'Ouest du Cameroun. *Communications*, (2), 93-105.
- La Croix Africa. (2020). *Au Cameroun, des chrétiens dénoncent le traitement des dépouilles des victimes du Covid- 19*.
- Lacan, J. (1953). Le symbolique, l'imaginaire, et le réel. *Bulletin interne de l'association française de psychanalyse*.
- Lacan, J. (1955). *La signification du délire*. Le séminaire. Livre III. Les psychoses. Paris : Seuil.
- Lacan, J. (1956). *Du signifié dans le réel*. Le séminaire. Livre III. Les psychoses. Paris : Seuil.
- Lacan, J. (1966). *Ecrits*. Paris : Seuil.
- Lacan, J. (1972). *Discours de Jacques Lacan à l'Université de Milan*. Ouvrage bilingue : Lacan in Italia 1953-1978. P 32-55
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- Larousse. (2020). Problème. Dans *Le dictionnaire Larousse*.

- Lasalle, M. (2021, 10 mars) COVID-19 : beaucoup de gens vivent un deuil inachevé. <https://www.nouvelles.umontreal.ca/article/2021/03/10/covid-19-beaucoup-de-gens-vivent-un-deuil-inacheve/>
- Larousse (2020). Grand dictionnaire de langue française. Paris : P.U. F
- Lawrence, O., Bédard, G., Ferron, J. (2005). *L'élaboration d'une problématique de recherche : source, outils et méthode*. Paris : L' Harmattan
- Lebigot, F. (2011). *Traiter les traumatismes psychiques*. Paris : Dunod.
- Lévi-Strauss, C. (1958). *Anthropologie structurale*. Paris : Plon
- Linton, R. (1977). Fondement culturel de la personnalité. *Science de l'éducation*, 11, 138.
- Loiseau, G. (2009). *Des cadavres, mais des hommes*. Semaine Juridique Edition Générale. 25.
- Maliedje, N. (2018). *Approche clinique de l'impact du traumatisme d'abus sexuels sur les déperditions scolaires des adolescents*. [Mémoire de master, Université de Yaoundé 1]. Non publié
- Mayi, M. B. (2010). *Psychopathologie et tradithérapie africaine : perspectives actuelles*. Paris : Dinoïa.
- Mayi, M.B. (2017). *Quatre essais de psychopathologie africaine*. Broché.
- Ministère de la Santé Publique du Cameroun. (2020). *Conseil scientifique des urgences sanitaires. Avis N° 006/AE/CSUSP/2020 du 22 mai 2020 rendu sur la gestion de corps des patients décédés des suites de COVID-19*.
- Mboua, P. C., Siakam, C., & Keubo, F. R. N. (2021, November). Traumatisme et résilience associés à la pandémie de la COVID-19 dans les villes de Bafoussam et de Dschang au Cameroun. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 179, No. 9, pp. 812-817). Elsevier Masson.
- Mboua, C. (2007). *Incidences psychologiques du vécu de deuil antéro et périnatal sur les crises caractéristiques de la puerpéralité : cas de la psychose puerpérale aigüe*. [Mémoire de master, Université de Yaoundé 1].
- Mélanie, K. (2004). *Deuil et dépression*. Payot.

- Mgbwa, V. (2007). *Technique d'accompagnement, perte d'objet et processus de veuvage en pays beti*. [Mémoire de master, Université de Yaoundé 1].
- Molet, L.H. (1966). *Deschamps, Les religions de l'Afrique noire*. Collection: « Que sais-je », n° 632. Paris, P.U.F., 1965. *Rev Hist Philos Relig.* 46(3): 300.
- Moro, M.R. & Baubet, T. (2003). *Psychiatrie et migration*. Paris : Masson.
- Moro, M.R. & Baubet, T (2003). *Un lieu métissé d'accueil et de soins des migrants : le dispositif de la psychiatrie transculturelle à l'hôpital avicenne (Bobigny)*. *Psychiatrie et migration*. Paris : Masson.
- Neimeyer, R.-A. (2004). *Fostering posttraumatic growth : A Narrative Elaboration*
- Nkoum, B. (2010). *Initiation à la recherche : une nécessité professionnelle*. Yaoundé : Presses de l'UCAC
- Norbert, S. (1994). *Dictionnaire de la psychologie*. Paris : Cedex
- Ntomo, M. (2015). *Traitement psychanalytique des névroses chez l'enfant : cas des enfants camerounais en âge préœdipien*. [Mémoire de master, Université de Yaoundé 1].
- Ortigues, M.C., et Ortigues, E. (1984). *Œdipe africain*. Paris : L'harmattan.
- Ombredane, P.A. (1969). The "Congo T.A.T." of Professor Andre Ombredane. *British Journal of Projective Psychology*. p. 14.
- Organisation Mondiale de la Santé. (24 mars 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*. Accessed 8 July 2020
- Patrick, G. (2003). *En hommage à Elliot Berg, économiste du développement*. In revue d'économie du développement. *Vol.11*
- Parkes, C. M. (2001). A historical overview of the scientific study of bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, et H. Schut (dir.). *Handbook of Bereavement research : Consequences, Coping, and Care*. Washington, DC : APA : 25-45.
- Parkes, C. M. (2003). *Le deuil. Études du deuil chez l'adulte*. Paris, Frison-Roche.
- Parkes, C. M. (1997). Bereavement and mental health in the elderly. *Reviews in Clinical Gerontology*, 7(1) : 47 53.

- Parkes, C. M. (1996). *Bereavement : Studies of grief in adult life*, London : Tavistock/Routledge.
- Parkes, C. M. (1970). Seeking and finding a lost object : evidence from recent studies of the reaction to bereavement. *Social science and medicine* ; 4 : 187-201.
- Pedilnielli, J-L. (2006). *Théorie et méthodologie de la psychologie clinique*.
- Pedinielli, J. L. (1994). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris : PUF
- Pedilnielli, J-L. (2009). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris : Armand Colin
- Pedinielli, J.-L. & Fernandez, L. (2007). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Paris, France : Armand Colin.
- Pedinielli, J.-L. (1995). *Recherche clinique et méthodes quantitatives*. O. Bourguignon & M. Bydlowski (dir.), *La recherche clinique en psychopathologie* (p. 123-134). Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Rocher, Guy. (1969). *Introduction à la sociologie générale*. (3 tomes). Montréal, Hubertise : HMH
- Rolling, J., & Barresi, A. (2021). Quel (s) deuil (s) en période de pandémie liée à la COVID-19? *Jusqua la mort accompagner la vie*, (1), 57-68.
- Romano, H., Baubet, T. (2011). *École et trauma*. Grenoble : La pensée sauvage.
- Romano, H., Verdenal, E. (2011). *Sauveteurs et événements traumatiques. Guide des prises en charge psychologiques précoces*. Paris : Elsevier-Masson.
- Romano, H. (2009). *Dis c'est comment quand on est mort ? Accompagnement des enfants sur le chemin du chagrin*. Grenoble : La Pensée sauvage.
- Romano H. (2009). « Incidence du trauma sur le lien fraternel ». *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescence* ; 57 : 293-302.
- Romano, H., Baubet, T., Moro, M. R. (2008). Expressions du jeu traumatique. *Annales Médico-Psychologiques*, 166 : 702-710.
- Romano, H., Baubet T., Rezzoug, D., Roy, I., Moro, M. R. (2006). « *Prise en charge du deuil post-traumatique chez l'enfant suite à une catastrophe naturelle* ». *Annales médico-psychologiques*, 164 : 208-214.

- Sama, S. (2005). *Angoisse et travail de deuil chez les patients séropositifs*. [Mémoire de master, Université de Yaoundé 1].
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224. doi:10.1080/074811899201046
- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *Omega - Journal of Death and Dying*, 61(4), 273-289. doi:10.2190/OM.61.4.b
- Stroebe, M., & Schut, H. (2015). Family matters in bereavement: Toward an integrative intra-interpersonal coping model. *Perspectives on Psychological Science*, 10(6), 873-879. doi:10.1177/174569161559851
- Timtchueng, M. (2014). *Le droit camerounais des successions dépouillé des conceptions civilistes*. Rev Générale Droit. 41(2).
- Timtchueng, M., Mapa-Tassou, C., Gnintedem, P. J. L., Sontang, H. M. T., Ndoungue, M., Meli, V., ... & Choukem, S. P. (2020). Gestion sécurisée des dépouilles de personnes décédées de la COVID-19 en Afrique sub-Saharienne: et si on laissait les familles enterrer leurs morts?. *The Pan African Medical Journal*, 35(Suppl 2).
- Terr, L. (1991). Childhood trauma : an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*. 148
- Thomas, L-V. (1963). *Remarques sur quelques attitudes négro-africaines devant la mort*. Rev Fr Sociol.4(4): 395-410.
- Thomas, L.-V. 1993. « Les mécanismes sociaux et psychosociaux du travail de deuil », dans *JALMALV*, 34, p. 21-31.
- Thomas, L-V. (2013). *Cinq essais sur la mort africaine*. Paris : Karthala.
- Thomas, L-V. (2003). *La mort*. Paris : PUF.
- Thomas, L-V. (1975). *Anthropologie de la mort*. Paris : Payot.
- Thomas, L-V. (1983). « La vieillesse en Afrique noire ». In *Communications, Le continent gris*, n °37
- Tsala, Tsala. J. Ph. (1998). *Introduction à la psychanalyse*. Yaoundé : institut catholique

Touzeil-Divina, M. & Bouteille-Brigant, M. (2015). Le droit du défunt. *Communications*. 97(1): 29-43.

Zech, E. (2006). *Psychologie du deuil. Impact et adaptation au processus de décès d'un proche*. Sprimont, Belgique : Mardaga

ANNEXES

ANNEXE 1 : Attestation de recherche

REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix-Travail-Patrie		REPUBLIC OF CAMEROON Peace-Work-Fatherland
UNIVERSITE DE YAOUNDE I		THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I
FACULTE DES ARTS LETTRES ET SCIENCES HUMAINES		FACULTY OF ARTS LETTERS AND SOCIAL SCIENCES
CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION DOCTORALES EN SCIENCES HUMAINES SOCIALES ET EDUCATIVES		POST GRADUATE SCHOOL FOR SOCIAL AND EDUCATIONAL SCIENCES
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE		DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné **Chandel EBALE MONEZE**, professeur des universités, Chef du Département de Psychologie, atteste que **mademoiselle BONKOUA FEUMBA Jordane Christelle**, Matricule **14N879**, étudiante en Master de psychologie a libellé son mémoire : « *signifiants culturels liés au travail du deuil sans corps au sein des familles camerounaises ayant perdu un membre des suites de covid-19 : une étude de cas* ».

Ce travail est effectué sous la direction de professeur **AMANA Evelyne**, Maitre de conférences à l'Université de Yaoundé. .

En foi de quoi la présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

LE CHEF DU DEPARTEMENT


Chandel Monexo Chandel
Professeur Titulaire

Fait à Yaoundé le.....

ANNEXE 2 : Consentement libre et éclairé de P.1

CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Recevez mes salutations distinguées

Je vous remercie de bien vouloir nous accorder votre très précieux temps.

Je m'appelle Bonkoua Feumba Jordane Christelle étudiante en Master II à l'Université de Yaoundé I. Je viens auprès de vous, solliciter votre participation à la recherche que je mène dans le cadre du mémoire de fin d'étude de Master.

Cette recherche porte sur les **signifiants culturels liés au travail de deuil sans corps au sein des familles camerounaises ayant perdu un membre des suites de covid-19 : une étude de cas**. De ce fait, il est question pour moi premièrement de ressortir le retentissement de la covid-19 dans le déroulement du travail de deuil. Ensuite, d'attirer l'attention de la communauté scientifique et même thérapeutique, sur le retentissement psychologique du au deuil sans corps sur les proches du défunt, en tenant compte des signifiants culturels.

Alors, si vous n'y trouvez aucun inconvénient, durant nos séances d'entretiens semi-directifs, j'utiliserai un enregistreur à partir de mon téléphone pour non seulement sauvegarder ce que vous me confierez mais également pour les retranscrire dans le cadre de mon travail de la manière la plus fidèle possible.

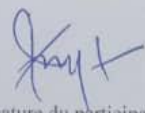
Je vous rassure que toutes les informations que vous me partagerez, seront exploitées uniquement dans le cadre de ce travail de recherche.

Il est utile de vous rappeler que vous serez informé des résultats de la recherche et de la date de la soutenance du mémoire via votre email ou votre contact téléphonique.

Votre signature au dit consentement marque votre acceptation à participer à notre recherche.

Date

13-05-22


signature du participant

ANNEXE 3 : *Consentement libre et éclairé de P.2*

CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Recevez mes salutations distinguées

Je vous remercie de bien vouloir nous accorder votre très précieux temps.

Je m'appelle Bonkoua Feumba Jordane Christelle étudiante en Master II à l'Université de Yaoundé I. Je viens auprès de vous, solliciter votre participation à la recherche que je mène dans le cadre du mémoire de fin d'étude de Master.

Cette recherche porte sur les **signifiants culturels liés au travail de deuil sans corps au sein des familles camerounaises ayant perdu un membre des suites de covid-19 : une étude de cas**. De ce fait, il est question pour moi premièrement de ressortir le retentissement de la covid-19 dans le déroulement du travail de deuil. Ensuite, d'attirer l'attention de la communauté scientifique et même thérapeutique, sur le retentissement psychologique du au deuil sans corps sur les proches du défunt, en tenant compte des signifiants culturels.

Alors, si vous n'y trouvez aucun inconvénient, durant nos séances d'entretiens semi-directifs, j'utiliserai un enregistreur à partir de mon téléphone pour non seulement sauvegarder ce que vous me confierez mais également pour les retranscrire dans le cadre de mon travail de la manière la plus fidèle possible.

Je vous rassure que toutes les informations que vous me partagerez, seront exploitées uniquement dans le cadre de ce travail de recherche.

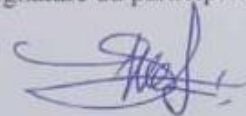
Il est utile de vous rappeler que vous serez informé des résultats de la recherche et de la date de la soutenance du mémoire via votre email ou votre contact téléphonique.

Votre signature au dit consentement marque votre acceptation à participer à notre recherche.

Date

24.02.2022

signature du participant



ANNEXE 4 : *Consentement libre et éclairé de P.3*

CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Recevez mes salutations distinguées

Je vous remercie de bien vouloir nous accorder votre très précieux temps.

Je m'appelle Bonkoua Feumba Jordane Christelle étudiante en Master II à l'Université de Yaoundé I. Je viens auprès de vous, solliciter votre participation à la recherche que je mène dans le cadre du mémoire de fin d'étude de Master.

Cette recherche porte sur les **signifiants culturels liés au travail de deuil sans corps au sein des familles camerounaises ayant perdu un membre des suites de covid-19 : une étude de cas**. De ce fait, il est question pour moi premièrement de ressortir le retentissement de la covid-19 dans le déroulement du travail de deuil. Ensuite, d'attirer l'attention de la communauté scientifique et même thérapeutique, sur le retentissement psychologique du au deuil sans corps sur les proches du défunt, en tenant compte des signifiants culturels.

Alors, si vous n'y trouvez aucun inconvénient, durant nos séances d'entretiens semi-directifs, j'utiliserai un enregistreur à partir de mon téléphone pour non seulement sauvegarder ce que vous me confierez mais également pour les retranscrire dans le cadre de mon travail de la manière la plus fidèle possible.

Je vous rassure que toutes les informations que vous me partagerez, seront exploitées uniquement dans le cadre de ce travail de recherche.

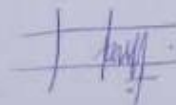
Il est utile de vous rappeler que vous serez informé des résultats de la recherche et de la date de la soutenance du mémoire via votre email ou votre contact téléphonique.

Votre signature au dit consentement marque votre acceptation à participer à notre recherche.

Date

31-03-2022

signature du participant



GUIDE D'ENTRETIEN

Thème 1 : Identification du participant :

- âge :
- sexe :
- rang dans la fratrie (si enfant) :
- ethnie :
- religion :
- niveau scolaire :
- statut Matrimonial (si parent):
- profession :
- type de famille
- nombre de personne dans la famille :

Thème 2 : mauvais traitement des dépouilles covid-19

- 2.1. saisie des dépouilles
- 2.2. rituel de deuil entravé
- 2.3 inhumation dégradante

Thème 3 : traumatisme psychologique

- 3.1 traumatisme de type 2
- 3.2 traumatisme direct

ANNEXE 6 : Echelle PDI de P.1

P1

(Brunet et al., 2001)

Inventaire de détresse périnatale

Veillez compléter le test en entourant le nombre qui décrit le mieux l'expérience que vous avez vécue pendant l'événement traumatique et dans les minutes et les heures qui ont suivi. Si les items ne s'appliquent pas à votre expérience, veuillez entourer «pas du tout vrai».

	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
1 Je me sentais incapable de faire quoi que ce soit	0	1	2	3	4
2 Je ressentais de la tristesse et du chagrin	0	1	2	3	4
3 Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus	0	1	2	3	4
4 J'avais peur pour ma propre sécurité	0	1	2	3	4
5 Je me sentais coupable	0	1	2	3	4
6 J'avais honte de mes réactions émotionnelles	0	1	2	3	4
7 J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres	0	1	2	3	4
8 J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions	0	1	2	3	4
9 J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle	0	1	2	3	4
10 J'étais horrifié(e) de ce que j'avais vu	0	1	2	3	4
11 J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations	0	1	2	3	4
12 J'étais sur le point de m'évanouir	0	1	2	3	4
13 Je pensais que j'étais mort(e)	0	1	2	3	4

ANNEXE 7 : Echelle PDI de P.2

(Brunet et al., 2001)

P.2

Inventaire de détresse pertraumatique

Veuillez compléter le test en entourant le nombre qui décrit le mieux l'expérience que vous avez vécue pendant l'évènement traumatique et dans les minutes et les heures qui ont suivi. Si les items ne s'appliquent pas à votre expérience, veuillez entourer «pas du tout vrai».

	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
1 Je me sentais incapable de faire quoi que ce soit	0	1	2	3	X
2 Je ressentais de la tristesse et du chagrin	0	1	2	3	X
3 Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus	0	1	2	3	X
4 J'avais peur pour ma propre sécurité	0	1	2	X	4
5 Je me sentais coupable	0	X	2	3	4
6 J'avais honte de mes réactions émotionnelles	X	1	2	3	4
7 J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres	0	1	2	X	4
8 J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions	0	1	X	3	4
9 J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle	0	1	X	3	4
10 J'étais horrifié(e) de ce que j'avais vu	0	1	2	3	X
11 J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations	0	1	2	X	4
12 J'étais sur le point de m'évanouir	0	1	2	X	4
13 Je pensais que j'allais mourir	0	1	2	3	X

ANNEXE 8 : Echelle PDI de P.3

P3

(Brunet et al., 2001)

Inventaire de détresse post-traumatique

Veuillez compléter le test en entourant le nombre qui décrit le mieux l'expérience que vous avez vécue pendant l'événement traumatique et dans les minutes et les heures qui ont suivi. Si les items ne s'appliquent pas à votre expérience, veuillez entourer «pas du tout vrai».

	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
1 Je me sentais incapable de faire quoi que ce soit	0	1	2	3	4
2 Je ressentais de la tristesse et du chagrin	0	1	2	3	4
3 Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus	0	1	2	3	4
4 J'avais peur pour ma propre sécurité	0	1	2	3	4
5 Je me sentais coupable	0	1	2	3	4
6 J'avais honte de mes réactions émotionnelles	0	1	2	3	4
7 J'étais inquiet(ette) pour la sécurité des autres	0	1	2	3	4
8 J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions	0	1	2	3	4
9 J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle	0	1	2	3	4
10 J'étais horrifié(e) de ce que j'avais vu	0	1	2	3	4
11 J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations	0	1	2	3	4
12 J'étais sur le point de m'évanouir	0	1	2	3	4
13 Je pensais que j'allais mourir	0	1	2	3	4

ANNEXE 9: Illustration du traitement des dépouilles de COVID 19



ANNEXE 10 : Illustration de l'inhumation des dépouilles de COVID 19



TABLE DE MATIERES

DEDICACE	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTE DES FIGURES	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	vi
LISTE DES ANNEXES	vii
RÉSUMÉ	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
PREMIÈRE PARTIE CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE	3
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	4
1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE	4
1.1 Position du problème	10
1.2 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	13
1.1.1 Objectif général	14
1.1.2 Objectifs spécifiques	14
1.3 INTÉRÊTS DE LA RECHERCHE	14
1.3.1 Intérêt scientifique	14
1.3.2 Intérêt clinique	15
1.3.3 Intérêt social	15
1.4 DÉLIMITATION DE L'ÉTUDE	15
1.4.1 Délimitation géographique	15

1.4.2 Délimitation théorique	16
1.4.3 Délimitation méthodologique.....	16
CHAPITRE 2 : LES DIFFERENTES APPROCHES DU SUJET	17
2.1 APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE	17
2.2 APPROCHE PHILOSOPHICO-SOCIOLOGIQUE.....	21
2.3. APPROCHE PSYCHANALYTIQUE.....	23
2.4 APPROCHE PSYCHOLOGIQUE DU DEUIL	30
2.5 APPROCHE ETHNOPSYCHANALYTIQUE	38
2.6 APPROCHE RELIGIEUSE.....	44
CHAPITRE 3: FONDEMENTS THEORIQUES DE L'ETUDE	48
3.1 CLARIFICATION DES CONCEPTS	48
3.1.1 Traitement des dépouilles mortelles.....	48
3.1.2 Retentissement psychologique	48
3.1.3 Traumatisme	49
○ Les types de traumatisme.....	50
3.1.4 Signifiants culturels	52
3.1.5 Travail de deuil	54
3.1.6 Famille	58
3.2 REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	60
3.2.1 Travaux sur le traumatisme	61
3.2.2. Travaux sur le deuil.....	63
3.3 THÉORIES	68
PARTIE II : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE	84
CHAPITRE 4 : APPROCHE METHODOLOGIQUE.....	85
4.1 RAPPEL DE LA QUESTION ET FORMULATION DE L'HYPOTHÈSE DE TRAVAIL	85

4.1.	1 Rappel de la question	85
4.1.2	Hypothèse de travail et opérationnalisation.....	85
4.2	MÉTHODE DE RECHERCHE : LA MÉTHODE CLINIQUE.....	89
4.2.1	L'observation clinique.....	91
4.2.2	Étude de cas	92
4.3	PRÉSENTATION ET JUSTIFICATION CHOIX DU SITE DE L'ÉTUDE.....	93
4.3.1	Présentation du site de l'étude	93
4.3.2	Choix du site de l'étude	95
4.3.3	Population de l'étude	95
4.4	TECHNIQUE D'ÉCHANTILLONNAGE ET ÉCHANTILLON	96
4.4.1.	Technique d'échantillonnage.....	96
4.4.2	L'échantillon de l'étude.....	96
4.5	OUTIL DE COLLECTE DES DONNÉES	98
4.5.1.	L'entretien clinique	98
4.5.2	Les différents types d'entretien	99
4.5.3	Entretien de l'étude : l'entretien semi-directif.....	100
4.6	INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNEES	102
4.6.1	Le guide d'entretien.....	102
4.6.2	Peritraumatic Distress Inventory PDI (Brunet et al., 2001)	102
4.7	TECHNIQUE D'ANALYSE DES DONNEES : ANALYSE DE CONTENU	103
4.8	CADRE ET DÉROULEMENT DES ENTRETIENS	104
4.8.1.	Cadre des entretiens	104
4.8.2.	Déroulement des entretiens.....	104
4.8.3	Considérations éthiques	105
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES		106
5.1.	PRÉSENTATION DES DONNÉES ANAMNESTIQUES	106

5.1.1. P1.....	106
5.1.2. P2.....	106
5.1.3. P3.....	107
5.2. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES THÉMATIQUES.....	107
5.2.1 mauvais traitement des dépouilles COVID-19.....	107
5.2.2. Vécu du traumatisme chez les membres des familles.....	113
5.2.3 Phénomènes psychiques recensés chez les participants	116
5.3. SYNTHÈSE.....	118
CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION, DISCUSSION DES RESULTATS ET PERSPECTIVES.....	120
6.1. RAPPEL THÉORIQUE	120
6.2. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....	122
6.2.1. Mauvais traitement des dépouilles et traumatisme	122
6.2.2 Non application des rituels culturels du deuil et traumatisme	123
6.2.3. Déshumanisation de l'inhumation et traumatisme.....	125
6.3. DISCUSSIONS DES RÉSULTATS.....	126
6.4. PERSPECTIVES.....	129
6.4.1 Suggestions	129
6.4.2 Perspectives	131
CONCLUSION GENERALE	132
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	132
ANNEXES.....	132