

Le veuvage : problèmes et facteurs d'adaptation Widowhood : problem and factors of adaptation

Francine Lavoie

Volume 7, Number 2, November 1982

Mourir

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030150ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030150ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lavoie, F. (1982). Le veuvage : problèmes et facteurs d'adaptation. *Santé mentale au Québec*, 7(2), 127–135. <https://doi.org/10.7202/030150ar>

Article abstract

The death of a spouse is a crisis situation which the majority of the population will experience. Some are affected over a long period by the effects of mourning, while others adapt more easily. Starting with a review of writing on the subject, this article describes first the principal stages of the mourning reaction, then it identifies the associated financial, health, and interpersonal problems experienced by widows and widowers. Age, income, previous mourning, the existence of a confidant, frequenting friends and other widows or widowers, satisfaction in relation to help received, participation in diverse associations, are the principal factors favouring adaptation to widowhood. Depressive behaviour, one month after onset of widowhood, and the delayed reaction to mourning indicate a possible negative reaction.

LE VEUVAGE : PROBLÈMES ET FACTEURS D'ADAPTATION

*Francine Lavoie**

Le décès du conjoint est une situation de crise susceptible d'être vécue par la majorité de la population. Certaines personnes gardent longtemps les séquelles d'un deuil alors que d'autres s'y adaptent plus facilement. À partir d'une recension des écrits, cet article décrit tout d'abord les principales étapes de la réaction au deuil, puis il identifie les problèmes financiers, de santé physique et mentale et les problèmes interpersonnels vécus par les veufs et les veuves. L'âge, le revenu, l'histoire antérieure de deuil, l'existence d'un confident, la fréquentation d'ami(e)s et d'autres veufs et veuves, la satisfaction par rapport à l'aide reçue, la participation à diverses associations sont les principaux facteurs pouvant favoriser l'adaptation au veuvage. Le comportement dépressif à un mois de veuvage et la réaction retardée de deuil indiquent une possibilité de réaction négative au deuil.

Chaque année au Québec, environ 15 000¹ personnes font face à la crise la plus difficile de leur vie : le décès de leur conjoint. La majorité de ces veufs et veuves mettent deux ans à résoudre l'essentiel de cette crise (Parkes, 1972). On constate que certaines personnes en gardent des séquelles, que d'autres retrouvent leur équilibre et leur mode de vie antérieur et que d'autres enfin considèrent cette épreuve comme un moment de développement personnel (Harvey et Bahr, 1980; Lopata, 1979). Il est donc essentiel non seulement de connaître les étapes de la réaction au deuil et les problèmes de veuvage mais également d'identifier les facteurs pouvant faciliter ou hâter l'adaptation au deuil. Les intervenant(e)s en santé mentale ou physique et les groupes communautaires pourront ainsi identifier les clientèles à risque et préparer de façon plus éclairée des programmes de prévention et d'intervention pouvant toucher une grande partie de la population car, selon Balkwell (1981), 75% des épouses² seront veuves à un moment de leur vie.

ÉTAPES DE LA RÉACTION AU DEUIL

Malgré ses ressemblances cliniques avec la dépression (Briscoe, 1975; Clayton, Herjanic,

Murphy, Woodruff, 1974), la réaction au deuil se décrit plutôt comme un enchaînement ordonné de réactions psychologiques et physiologiques tributaires de certaines normes culturelles (Averill, 1968). Lindemann (1944) est le premier à avoir fourni une description empirique des divers comportements et états émotionnels des personnes en deuil. D'autres auteurs (Maddison, 1968; Parkes, 1972) ont par la suite repris ces analyses auprès de plus vastes échantillons de population (dans des sociétés industrialisées) en précisant la durée du deuil et la fréquence des divers comportements. L'ensemble des auteurs s'entend pour identifier trois ou quatre étapes dans la réaction au deuil.

La première étape consiste en un état de choc pouvant présenter trois types de réactions : un comportement de déni sans manifestation d'émotions, une certaine hyperactivité accompagnée d'une détresse extrême, ou une alternance entre ces deux réactions. Le problème particulier que l'on rencontre chez un petit nombre de personnes durant cette étape, est la manifestation de malaises physiques semblables à ceux du conjoint décédé. Cette étape peut couvrir une période allant de quelques heures à deux mois (Parkes, 1972).

La deuxième étape en est une de désespoir se manifestant par une alternance entre la centration sur la personne décédée et la centration sur ses

* L'auteure, Ph. D., est professeure à l'École de psychologie de l'Université Laval.

propres sentiments. Il y a tout d'abord une période de recherche active de la personne décédée, période qui se manifeste par des ruminations sur le passé, des pleurs et des hallucinations³ concernant la présence du décédé. Cette période comprend également des moments d'hyperactivité au cours desquels la personne en deuil cherche à s'occuper mais réussit à peine à effectuer les tâches quotidiennes à cause de ses problèmes de concentration. C'est par ailleurs durant cette période que la personne en deuil ressent une variété de sentiments : culpabilité face au décès, agressivité face au conjoint qui l'a abandonnée, ou encore hostilité face à son entourage (tant le personnel hospitalier que ses proches). Cet état s'accompagne de nombreux problèmes psychosomatiques (Clayton, 1974; Maddison, 1968). Peu à peu, un certain état dépressif remplace les épisodes intenses de détresse du début. Les personnes en deuil sont alors apathiques, rarement hyperactives. Cette deuxième étape commence après environ un mois de deuil et peut s'étendre jusqu'à un an.

La troisième étape consiste en une nouvelle centration sur le présent et en l'exploration de nouveaux rôles. Les personnes faisant face à de nouvelles responsabilités peuvent avoir de la difficulté à prendre des décisions, éprouver de la dépendance face à leurs proches et connaître des moments de dépression. L'isolement dans lequel la société confine le veuf et la veuve rend difficiles ces premières tentatives de réinsertion sociale et de développement personnel. Cette troisième étape peut avoir une durée d'un an à deux ans.

La quatrième étape est celle de l'acceptation du deuil et de la réorganisation des rôles sociaux. La vie se réorganise autour de nouveaux centres d'intérêt : les enfants, les anciennes ou les nouvelles connaissances, les loisirs, l'engagement social, le travail et, pour certains, le remariage. En effet, d'après Helsing, Szklo et Comstock (1981), la moitié des hommes de moins de 55 ans se remarient durant une période médiane de six ans et demi après le deuil de leur conjointe alors que seulement 10% des femmes le font durant cette période. Ainsi, d'après Lopata (1969), le problème le plus important pour 48% des veuves âgées interviewées reste la solitude. Cette solitude de la veuve se caractérise par la nostalgie de la vie passée avec le conjoint décédé, le sentiment

de n'être plus aimée et de ne plus pouvoir aimer, le désir d'une relation intime et d'une présence dans la maison, le mécontentement d'être seule à faire face aux responsabilités, le regret d'un style de vie, le sentiment d'aliénation causé par la baisse du statut social, l'hostilité face aux ami(e)s qui ne la fréquentent plus, et enfin par la difficulté à établir de nouveaux liens. Chez les veuves plus jeunes, l'éducation des enfants (Harvey et Bahr, 1980) est un problème encore plus important que la solitude.

LES EFFETS DU VEUVAGE

Durant les deux premières années de deuil, de nombreux problèmes assaillent le veuf ou la veuve. Nous analyserons tout à tour les problèmes financiers, les problèmes de santé physique et mentale et les problèmes interpersonnels.

Les problèmes financiers affectent autant les hommes que les femmes mais ils se posent d'une façon différente : par exemple, les hommes peuvent éprouver des problèmes de réorganisation de budget alors que les femmes peuvent subir une baisse notable de statut. Les femmes âgées souffrent le plus de cette situation. Le Conseil national du bien-être social (1979) rapporte que deux veuves âgées sur trois vivent sous le seuil de la pauvreté. Un grand nombre de femmes de moins de 65 ans connaissent également des difficultés financières; c'est le cas des femmes dont le conjoint n'a pas ou a peu cotisé à un régime public de pension ou n'a pas souscrit à un régime privé. Il faut noter que le fait de subir une baisse notable de revenus peut avoir un impact à court terme aussi négatif que le fait de vivre sous le seuil de la pauvreté. Les veuves rencontrées par Lewis et Berns (1975) ont subi une baisse de revenus de 44% au cours des deux premières années de veuvage et 60% d'entre elles ont dû changer leur style de vie. Enfin, quelle que soit la situation financière des veufs et des veuves, la première année de veuvage est vécue dans l'insécurité. La personne en deuil doit faire de nouveaux apprentissages tels que gérer un budget ou effectuer des achats. Harvey et Bahr (1974) proposent même que les nombreuses recherches sur les effets négatifs du veuvage devraient porter attention au revenu puisque cette variable pourrait

être plus déterminante que le veuvage même. Pour résoudre leurs problèmes financiers, plusieurs femmes tenteront de se trouver un emploi. D'après Balkwell (1981), l'âge, le sexe et le manque d'habileté nuisent à l'intégration de ces femmes au marché du travail. Au Québec, 94% des veuves ont 45 ans et plus et 66% ont moins de neuf ans de scolarité (Conseil du statut de la femme, 1981), ce qui peut expliquer pourquoi elles sont nombreuses à vivre dans un état de pauvreté.

Les problèmes de santé causés par le veuvage sont très nombreux mais à la différence des problèmes financiers, ils sont passagers. Lors d'une enquête auprès de 375 veuves américaines de moins de 60 ans, Maddison (1968) conclut que 21% d'entre elles ont subi une détérioration de leur santé, environ treize mois après le décès de leur mari. D'après ce chercheur, les symptômes les plus fréquents sont : la nervosité, la dépression, la crainte de devenir folle, les sentiments de panique, la peur, les cauchemars, l'insomnie, les tremblements, la perte d'appétit, la perte de poids, les difficultés à travailler et la fatigue. Cette recherche a mis en évidence d'autres symptômes considérés comme peu typiques de la réaction au deuil soient : les maux de tête, les étourdissements, la vue embrouillée, les éruptions cutanées, les problèmes de transpiration, l'indigestion, les difficultés à avaler, les vomissements, les douleurs menstruelles, les douleurs à la poitrine, les palpitations, les problèmes de respiration, les infections et les douleurs généralisées. Parkes et Brown (1972) confirment ces données quoi qu'ils trouvent moins de symptômes chez les veufs et veuves de moins de 45 ans. Epstein, Weitz, Roback et McKee (1976) rapportent que l'expérience du deuil peut exacerber certains problèmes comme la thrombose coronarienne et certains types de cancer, ou encore provoquer de nouveaux problèmes comme la colite ulcéreuse, l'arthrite rhumatoïde, l'asthme, l'hyperthyroïdie et l'ostéoarthritis.

Un autre indice de troubles de santé est la consultation médicale. Maddison et Viola (1968) ainsi que Parkes (1964) trouvent une forte augmentation des consultations chez les veufs et veuves de moins de 60 ans, surtout pour des cas de dépression, d'anxiété et d'insomnie. D'autres recherches contredisent ces données, mais elles

ont été faites aux États-Unis, pays où les visites médicales sont défrayées le plus souvent par le patient; ce facteur peut expliquer la différence de comportement chez les personnes en deuil subissant une baisse de revenus (Parkes et Brown, 1972). De plus, on a constaté une consommation plus élevée de médicaments chez les veufs et les veuves (Parkes, 1964).

Quant aux études épidémiologiques de mortalité, elles indiquent qu'il y a un risque plus élevé de mortalité chez les veufs et les veuves dans les six premiers mois de veuvage que chez les personnes mariées; ce risque est plus élevé chez les veufs que chez les veuves et plus élevé chez les jeunes que chez les personnes âgées (Epstein *et al.*, 1975; Helsing *et al.*, 1981).

Il faut noter qu'une étude de suivi de Parkes et Brown (1972) sur un petit échantillon ne montre pas de différence quant aux symptômes rapportés par les personnes veuves ou mariées, après une période de deux à quatre ans. Ainsi, le veuvage s'accompagne de détresse physique mais ce problème disparaît généralement avec le temps. Le veuvage peut malheureusement être l'occasion d'acquérir des habitudes de surconsommation de médicaments.

Les personnes en deuil peuvent également faire face à des problèmes de santé mentale différents des problèmes psychosomatiques décrits plus haut. Peu d'études systématiques ont été faites sur ce sujet. Celles qui existent traitent surtout de l'expérience des personnes hospitalisées dans une institution psychiatrique, ce qui éclaire peu sur les personnes traitées dans la communauté. Dans ses études de cas portant sur 35 personnes hospitalisées à la suite d'un deuil, Parkes (1972) relève que 26 diagnostics de dépression profonde ont été rapportés, 6 d'alcoolisme, 5 d'hypocondrie, 4 de symptômes phobiques, 2 de réactions psychotiques et quelques-uns enfin de crises de panique et de problèmes de dépersonnalisation. Stern et Larivière (1957) posent les diagnostics suivants sur des patients hospitalisés à Montréal pour des problèmes psychiatriques et ayant vécu un deuil (pas nécessairement celui du conjoint) : dépression, hystérie d'angoisse et compulsions, hystérie de conversion, changement dans la conduite sociale, psychose et somatisation. Toutes ces personnes ont une

réaction de deuil semblable à la réaction de deuil normale. Elles rapportent cependant plus de sentiments extrêmes de culpabilité et se distinguent par une réaction de deuil prolongée ou une réaction retardée (Parkes, 1972). Stern et Larivière (1957) notent que 21 des 38 personnes hospitalisées qu'ils ont étudiées retournent à leurs occupations précédentes. Quant aux personnes en deuil qui n'ont pas été placées en institution, elles consultent davantage pour des problèmes de dépression et d'anxiété que pour des problèmes d'origine physique (Maddison et Viola, 1968; Parkes, 1964). Selon Bornstein, Clayton, Halikas, Maurice et Robins (1973), 35% des gens rapportent une réaction importante de dépression lorsqu'ils sont interrogés un mois après le décès et 17% en rapportent une lorsqu'ils sont interrogés un an après le décès (de ces 17%, les trois quarts étaient déprimés durant le premier mois de deuil). Ainsi, plusieurs veufs et veuves doivent faire face à des problèmes de santé mentale, mais cela pendant une assez courte période alors que la majorité d'entre eux n'ont pas ce type de problème.

Les problèmes interpersonnels causés par l'expérience du deuil sont moins souvent analysés dans les recherches mais ils n'en sont pas moins considérés comme importants par les veufs et les veuves. En effet, la perte du conjoint mène à une restructuration de la vie familiale (Arling, 1976); les enfants peuvent quitter le domicile, les relations avec les beaux-parents et les amis peuvent devenir moins fréquentes ou encore difficiles (Adams, 1968; Maddison, 1968). Les veuves disent qu'elles perdent plusieurs amies et qu'elles ne fréquentent plus de couples (Barret, 1977; Struggnell, 1974). Harvey et Bahr (1980) soulignent qu'après six mois de veuvage, 5% des femmes interviewées rapportent avoir moins d'ami(e)s qu'avant le décès de leur mari; les autres veuves ne diffèrent pas d'un groupe contrôle de femmes mariées quant aux nombres d'interactions avec les amis, les parents et les groupes organisés. Les veufs, principalement les plus âgés, peuvent souffrir de l'absence de leur femme qui assurait le maintien des relations sociales. Ceux-ci sont souvent plus isolés que les femmes (Berardo, 1970), surtout lorsqu'ils sont absents du marché du travail; ils font partie d'un groupe minoritaire — par exemple, 7% seulement des hommes de 65 à

69 ans sont veufs selon Abu-Laban (1980) — et ils trouvent difficile de maintenir des liens avec les enfants. Par ailleurs, la performance au travail du veuf et de la veuve peut être affectée pendant une période plus longue que ne le tolèrent un employeur ou des camarades de travail (Pratt, 1981). Finalement, les divers problèmes d'incompréhension et d'intolérance de l'entourage ainsi que la solitude se manifestent plus longtemps que les problèmes de santé.

En résumé, les personnes en deuil ont deux tâches principales à réaliser : se détacher de l'être aimé et développer une nouvelle identité sociale (Maddison, 1968). Ces personnes font face à diverses situations stressantes qui peuvent ajouter au désarroi ressenti à la mort de leur conjoint et avoir un impact sur leur santé. À l'avenir, il sera nécessaire de faire appel à des groupes de comparaison dans les recherches sur le veuvage avant de conclure quoi que ce soit sur la spécificité ou l'importance de ces troubles. Harvey et Bahr (1980) nous rappellent ainsi, qu'après six mois de veuvage, la majorité des veuves interviewées portent des jugements optimistes sur leur passé et leur avenir, n'éprouvent pas de diminution dans l'estime de soi et ont une vie relativement heureuse même si elles se disent plus déprimées et isolées que les femmes mariées d'un groupe de comparaison. Il est donc clair que la majorité s'adapte à cette crise. Il nous reste à identifier les facteurs liés à l'adaptation au veuvage.

FACTEURS D'ADAPTATION AU VEUVAGE

Le tableau 1 énumère l'ensemble des facteurs étudiés dans les recherches corrélationnelles ou les histoires de cas. Parmi les facteurs individuels pouvant influencer l'adaptation au deuil, on relève les facteurs socio-économiques comme le sexe, l'âge, le revenu et l'éducation. La majorité des études concluent que les femmes présentent plus de symptômes de mésadaptation et sont plus souvent placées en institution lors de la première année suivant le décès de leur conjoint (Carey, 1977; Parkes, 1972); quant aux hommes, ils seraient par la suite plus déprimés que les femmes (Parkes et Brown, 1972). Or, ces résultats ne sont pas concluants parce qu'ils peuvent dépendre du phénomène culturel suivant : les femmes ont

TABLEAU 1

Principaux facteurs pouvant avoir une incidence sur l'adaptation au veuvage

Facteurs individuels

Facteurs socio-économiques

- sexe
- âge
- revenu
- éducation

Facteurs psychologiques

- autres crises
- histoire psychiatrique individuelle
- histoire psychiatrique familiale
- hallucinations
- histoire antérieure de deuil
- refus d'exprimer ses émotions
- survalorisation de l'indépendance

Facteurs sociaux

Vie de couple

- entente conjugale
- durée de mariage
- multidimensionnalité

Environnement social proximal

- présence d'enfants
- réaction pathologique des enfants
- relation négative avec la mère
- relation négative ou compétitive avec la belle-famille
- confident
- connaissance de veufs et veuves
- nombre de contacts avec la famille, les amis
- satisfaction des besoins

Participation à des associations

- nombre d'associations
- fréquentation d'église
- attitude religieuse
- insertion dans le marché du travail

Facteurs liés au décès

Type de décès

- durée de la maladie
- intensité de la souffrance

Réaction immédiate du survivant

- comportement dépressif à un mois
- réaction retardée de deuil
- culpabilité extrême
- forts symptômes d'identification

tendance à rapporter plus de symptômes et à consulter plus souvent que les hommes. D'autre part, les échelles d'adaptation utilisées réfèrent à des symptômes névrotiques mentionnés généralement par les femmes (Carey, 1977). Quant à l'impact de l'âge, il semble différent selon que les personnes sont placées ou non en institution. Parkes (1972) ne trouve pas de différence d'adaptation entre les personnes de divers groupes d'âge vivant dans un hôpital psychiatrique; d'autre part, Carey (1977), Maddison (1968) ainsi que Maddison et Walker (1967) soulignent que parmi les veufs et veuves vivant dans la communauté, ceux de moins de 45 ans éprouvent le plus de difficultés d'adaptation. Clayton *et al.* (1972) n'obtiennent pas ces résultats dans l'étude d'une population semblable. Ainsi, les veufs et veuves de tous les groupes d'âge peuvent avoir une réaction de deuil qui nécessite une hospitalisation et ce sont les veufs et veuves les plus jeunes restant dans la communauté qui souffrent le plus de leur situation. Les revenus peu élevés vont de pair avec la mésadaptation, selon Bahr et Harvey (1980), Bornstein *et al.* (1973) ainsi que Carey (1977); mais dans une étude plus ancienne, Maddison et Walker (1967) n'ont pas établi de lien entre ces éléments. Un niveau de scolarité peu élevé peut également être lié à la mésadaptation, si on se fie à l'étude de jeunes veuves faite par Bahr et Harvey (1980). Carey (1977) confirme ces résultats mais ne considère pas l'éducation comme le facteur principal d'adaptation au deuil à l'instar de Maddison (1968) et Parkes (1972). En conclusion, à l'analyse des facteurs socio-économiques, retenons qu'une jeune personne en deuil (certains diraient une femme) dont les revenus sont peu élevés est une personne à risque. La diminution des revenus joue un rôle très important dans la mésadaptation.

Parmi les facteurs individuels d'adaptation au deuil, les facteurs psychologiques ont longtemps été proposés comme déterminants. Or les études empiriques montrent que le fait d'avoir vécu d'autres crises (Maddison, 1968; Parkes, 1972), l'histoire psychiatrique individuelle (Bornstein *et al.*, 1973; Clayton *et al.*, 1972; Maddison, 1968), l'histoire psychiatrique familiale (Maddison, 1968), et la manifestation d'hallucinations (Rees, 1971) ne sont pas liés à des problèmes d'adaptation.

Seul le fait d'avoir connu d'autres deuils exerce une influence positive sur l'adaptation; selon Bornstein *et al.* (1973), 25% des personnes déprimées n'avaient pas connu d'autres deuils. Les autres caractéristiques psychologiques, comme le refus d'exprimer ses émotions et la survalorisation de l'indépendance, ne sont mentionnées que dans quelques histoires de cas (Maddison, 1968; Parkes, 1972). Il faut souligner que de nombreuses caractéristiques psychologiques n'ont pas encore été étudiées; parmi celles qui ont été étudiées, l'histoire antérieure de deuil a un certain impact.

Les facteurs sociaux peuvent comprendre trois dimensions : la vie de couple, l'environnement social proximal et la participation à des associations. La plupart des gens croient que la détresse du survivant est proportionnelle au degré d'entente entre les conjoints. Or, les études tendent plutôt à montrer que la mésentente conjugale confine le conjoint survivant à l'isolement social et provoque l'apparition de symptômes (Parkes, 1972). Il reste que cette entente est difficile à mesurer, surtout a posteriori, alors que le survivant idéalise son conjoint (Lopata, 1979). Aussi, certains chercheurs ont préféré vérifier l'effet de la durée du mariage sur l'adaptation au deuil mais ils n'ont pas obtenu de résultats probants (Clayton *et al.*, 1972). D'autres chercheurs ont étudié l'effet de la multidimensionnalité des liens entre les conjoints et y ont décelé des différences selon les classes sociales : les femmes de classe moyenne et élevée qui partagent plus d'activités avec leur conjoint sont davantage affectées par le deuil (Walker, McBride, Vachon, 1977). Il sera toujours difficile de déterminer l'effet de l'entente conjugale sur l'adaptation au deuil et d'autres indices de la qualité de la vie de couple restent encore à établir.

En plus de la vie de couple, l'insertion dans un environnement social bienveillant devrait influencer l'adaptation au veuvage. Il est cependant difficile de préciser quel type d'environnement social convient le mieux à chacune des étapes du deuil puisque les besoins et les problèmes de la personne changent. Walker, McBride et Vachon (1977) soutiennent que l'environnement composé de gens se connaissant bien, comme la famille, est très utile au début du veuvage. Par contre, durant la

période de recherche d'une nouvelle identité sociale, un tel environnement ne favorise pas l'adaptation au deuil; c'est plutôt un environnement comprenant quelques veufs et veuves de divers milieux qui convient le mieux. Malheureusement, la plupart des études offrent un portrait statique de l'environnement social des veufs et veuves et ne contribuent pas à répondre à ces questions. De plus, les chercheurs ont colligé plus de données quantitatives, comme le nombre de personnes, que de données qualitatives, comme le partage des valeurs.

En ce qui concerne les contacts avec la famille immédiate, Maddison (1968) conclut que la présence d'enfants à la maison est reliée à la mésadaptation. Par ailleurs, Bornstein *et al.* (1973) soulignent que les personnes déprimées ne restent pas avec leur famille tandis que Clayton *et al.* (1972) constatent que ces dernières ont moins d'enfants adultes habitant à proximité. Des études de cas suggèrent que des réactions pathologiques de deuil chez les enfants, une relation négative avec la mère surtout lorsqu'elle est veuve, une relation négative ou compétitive avec la belle-famille quant au chagrin ressenti peuvent nuire à l'adaptation au deuil (Maddison, 1968). Par ailleurs, l'adaptation au veuvage semble favorisée par la présence d'un confident (Harvey et Bahr, 1980) et par la connaissance de gens ayant vécu un veuvage (Walker, McBride et Vachon, 1977). L'étude sur le nombre de contacts avec la famille et les amis fournit des résultats contradictoires (Parkes, 1972; Harvey et Bahr, 1980) mais elle tend à conclure que les contacts avec les amis sont plus importants après un certain temps de veuvage (Arling, 1976).

L'une des recherches les plus intéressantes sur l'environnement social porte sur le type d'aide offert aux personnes en deuil. Maddison et Walker (1967) ont interviewé des femmes ayant trois mois de veuvage et trouvent que les personnes en difficulté sont insatisfaites de l'aide reçue. En général, leur entourage n'a pas répondu à leurs besoins. Premièrement, les veuves disent avoir reçu peu d'encouragement à exprimer leurs émotions surtout leur chagrin et leur colère; deuxièmement, elles n'ont pas satisfait leur besoin de parler plus de leur mari et de leur vie passée et, troisièmement, elles n'ont pas reçu d'aide concrète.

De plus, leur environnement leur a souvent imposé des comportements qu'elles jugeaient nuisibles, comme les empêcher de s'exprimer, leur faire compétition quant à la peine ressentie, leur faire songer au présent ou au futur et même leur parler de remariage. Clayton *et al.* (1972) n'ont pu identifier de tels comportements (aidants ou nuisibles) dans leur étude effectuée auprès de femmes ayant un an de veuvage.

Le dernier facteur social étudié est la participation à des associations ou à des groupes. Seules la participation à une diversité d'associations (Harvey et Bahr, 1980) et la fréquentation d'une église (Bornstein *et al.*, 1973; Bahr et Harvey, 1980) favorisent l'adaptation au deuil; l'attitude religieuse (Carey, 1977) ou encore la participation au marché du travail (Carey, 1977) ne semblent pas exercer d'influence particulière. En conclusion, la présence d'un confident, les nombreux contacts avec les amis, ou avec d'autres veufs et veuves ainsi que la satisfaction de l'aide reçue par rapport aux besoins ressentis, la participation à des associations ainsi que la fréquentation d'une église sont les facteurs sociaux les plus susceptibles d'influencer l'adaptation au veuvage.

Les derniers facteurs étudiés sont liés plus particulièrement au décès; ils comprennent le type de décès et la réaction immédiate du survivant. Le type de décès (subit ou à la suite d'une maladie) a un effet différent selon l'âge des survivants. Balkwell (1981) offre la synthèse suivante des diverses recherches : dans les cas de décès subit, il y a mésadaptation chez les veufs et veuves de moins de 45 ans; dans les cas de maladie de plus de six jours, il y a mésadaptation chez les veufs et veuves de 46 à 59 ans; enfin, dans les cas de maladie chronique, il y a mésadaptation chez les 60 ans et plus. Mais plusieurs auteurs ne relèvent pas ces différences (Bornstein *et al.*, 1973; Clayton *et al.*, 1972; Maddison, 1968; Parkes, 1972). Par ailleurs, il semble qu'un décès précédé d'une maladie d'au moins deux semaines favorise l'adaptation chez les femmes ayant un conjoint très souffrant ou un conjoint avec lequel elles étaient en mésentente (Carey, 1977). Il semble donc qu'une période d'avertissement soit importante lorsque le décès semble improbable et lorsqu'il y a un besoin de se réconcilier. Quant aux facteurs concernant la réaction immédiate du survivant,

Bornstein *et al.* (1973) identifient le comportement dépressif à un mois comme le meilleur indice d'un comportement dépressif à un an. Les études de cas de Parkes (1972) et celles de Stern et Larivière (1957) mentionnent que les personnes à risque sont celles qui manifestent une culpabilité extrême, de forts symptômes d'identification au décédé et qui retardent leur réaction de chagrin de plus de deux semaines.

D'après ces recherches, les facteurs les plus susceptibles d'influencer l'adaptation au deuil sont donc l'âge, les revenus, l'histoire antérieure de deuil, l'existence d'un confident, la fréquentation d'amis et d'autres veufs, la satisfaction par rapport à l'aide reçue et la participation à diverses associations. Le comportement à la suite du décès peut également permettre d'identifier les personnes à risque plus particulièrement le comportement dépressif à un mois de veuvage et le retard de la réaction au deuil.

Il faut souligner que la majorité de ces recherches ont été effectuées auprès de femmes, parce que les veuves sont plus nombreuses que les veufs; en effet, il n'y aurait au Canada qu'un veuf pour cinq veuves (Matthews, 1980). Ainsi, certaines conclusions devraient être nuancées et d'autres recherches devraient être entreprises auprès de veufs en se servant en plus des échelles d'adaptation s'arrêtant aux symptômes névrotiques, des mesures d'adaptation plus pertinentes à leur vécu (tenant compte de l'absentéisme, des accidents, etc.).

Nous pouvons, à la suite de cette revue des écrits, esquisser deux portraits de personnes à risque face au veuvage. Le premier portrait est celui d'une jeune personne à revenus faibles, ayant des enfants à charge, sans histoire antérieure de deuil, isolée, loin de sa famille, insatisfaite de l'aide reçue et dont le conjoint, avec qui elle avait des liens multidimensionnels, est décédé subitement. Le deuxième portrait est celui d'une personne âgée, à revenus faibles, vivant loin de ses enfants, insatisfaite de l'aide reçue et dont le conjoint a eu une longue maladie, ce qui a pu l'amener à s'isoler. Il faut souligner qu'une personne ayant toutes ces caractéristiques n'éprouvera pas nécessairement de difficultés majeures, ces portraits s'inspirant d'une approche probabiliste.

Afin de préparer des stratégies de prévention de type primaire et secondaire, Barrett (1978) recommande qu'en plus de s'inspirer des données ci-haut mentionnées, on tienne compte des opinions des veufs et des veuves. Dans son enquête auprès de 94 veuves sur ce que devraient faire les femmes pour se préparer au décès de leur conjoint, 50% des veuves enjoignent les femmes de se préparer financièrement, 40% de développer leur autonomie par l'éducation, le travail, les loisirs ou la participation dans des associations, 30% de discuter de l'éventualité d'un décès et finalement 17% de se préparer émotivement en se renseignant sur les réactions normales de deuil et en appréciant leur vie actuelle avec leur conjoint. Cette recherche confirme l'importance de l'autonomie financière et personnelle ainsi que celle de l'éducation dans l'adaptation au deuil.

Les avenues d'intervention sont donc multiples et peuvent aller de l'éducation communautaire, à l'organisation de groupes d'entraide⁴, à l'animation de groupes par des intervenants professionnels et à l'action sociale. D'après l'étude de Vachon, Lyall, Rogers, Freedman et Freeman (1980), les interventions d'approche communautaire devraient hâter l'adaptation à cette crise. Tous les membres de la société devraient être sensibles au phénomène du veuvage et les personnes affectées par cette épreuve devraient disposer de toutes les ressources nécessaires.

NOTES

1. Service des registres, Québec, 1981, statistique approximative pour l'année 1981 ne tenant compte que des conjoints mariés légalement, les conjoints de fait n'étant pas rapportés au registre comme mariés.
2. Statistique américaine.
3. D'après Rees (1971), 41% des personnes veuves ont de telles hallucinations.
4. Le groupe *Community Contacts for the Widows* de Toronto, sous l'auspice du Clark Institute of Psychiatry (Vachon *et al.*, 1980) et le groupe Service d'entraide des Veuves, 310, boul. Langelier, Québec, G1R 5N3, 418-522-2048 (Lavoie, F., 1981), offrent deux modèles intéressants d'entraide.

RÉFÉRENCES

- ABU-LABAN, S. McIRWIN, 1980, The Family Life of Older Canadians, in V.W. Marshall (Ed.), *Aging in Canada*, Don Mills, Ontario, Fitzhenry and Whiteside.
- ADAMS, B.N., 1968, The Middle-class Adult and his Widowed or Still-married Mother, *Social Problems*, 16, 50-59.
- ARLING, G., 1976, The Elderly Widow and her Family, Neighbors and Friends, *Journal of Marriage and the Family*, 38, 757-768.

- AVERILL, J.R., 1968, Grief : its Nature and Significance, *Psychological Bulletin*, 70, 721-748.
- BAHR, H.M., HARVEY, C.D., 1980, Correlates of Morale Among the Newly Widowed, *The Journal of Social Psychology*, 110, 219-233.
- BALKWELL, C., 1981, Transition to Widowhood : a Review of the Literature, *Family Relations*, 30, 117-127.
- BARRETT, C.J., 1977, Women in Widowhood : Review Essay, *Signs*, 2, 856-868.
- BARRETT, C.J., 1978, Strategies for Preventing the Stresses of Widowhood, communication présentée au congrès de "Southwestern Psychological Association", New Orleans, Louisiana.
- BERARDO, F.M., 1970, Survivorship and Social Isolation : the Case of the Aged Widower, *The family coordinator*, 19, 11-25.
- BORNSTEIN, P.E., CLAYTON, P.J., HALIKAS, J.A., MAURICE, W.L., ROBINS, E., 1973, The Depression of Widowhood after Thirteen Months, *British Journal of Psychiatry*, 122, 561-566.
- BRISCOE, C.W., 1975, Depression in Bereavement and Divorce, *Archives of General Psychiatry*, 32, 439-443.
- CAREY, R.G., 1977, The Widowed : a Year Later, *Journal of Counseling Psychology*, 24, 125-131.
- CLAYTON, P.J., 1974, Mortality and Morbidity in the First Year of Widowhood, *Archives of General Psychiatry*, 30, 747-750.
- CLAYTON, P.J., HALIKAS, J.A., MAURICE, W.L., 1972, The Depression of Widowhood, *British Journal of Psychiatry*, 120, 71-78.
- CLAYTON, P., HERJANIC, M., MURPHY, G., WOODRUFF, R., 1974, Mourning and Depression : their Similitudes and Differences, *Canadian Psychiatric Association Journal*, 19, 309-314.
- CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, 1979, *La femme et la pauvreté*, Gouvernement du Canada, Ottawa.
- CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, 1981, «Chiffres en main» statistiques sur les québécoises, S.Messier, Gouvernement du Québec, Québec.
- EPSTEIN, G., WEITZ, L., ROBACK, H., MCKEE, E., 1976, Research on Bereavement : a Selective and Critical Review, *Comprehensive Psychiatry*, 16, 537-546.
- HARVEY, C.D., BAHR, H.M., 1974, Widowhood, Morale and Affiliation, *Journal of Marriage and the Family*, 36, 97-106.
- HARVEY, C.D., BAHR, H.M., 1980, *The Sunshine Widows*, Toronto : D.C. HEATH.
- HELSING, K.S., SZKLO, M., COMSTOCK, G.W., 1981, Factors Associated with Mortality after Widowhood, *American Journal of Public Health*, 71, 802-809.
- LAVOIE, F., 1981, *Qu'est-ce que le Service d'entraide des veuves du Québec*, Document inédit, Université Laval.
- LEWIS, A.A., BERNS, B., 1975, *Three Out of Four Wives : Widowhood in America*, New York, MacMillan.
- LINDEMANN, E., 1944, The Symptomatology and Management of Acute Grief, *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- LOPATA, H.Z., 1969, Loneliness : Forms and Components, *Social Problems*, 17, 248-262.
- LOPATA, H.Z., 1979, *Women as Widows*, New York, Elsevier.
- MADDISON, D., 1968, The Relevance of Conjugal Bereavement for Preventive Psychiatry, *British Journal of Medical Psychology*, 41, 223-233.
- MADDISON, D., VIOLA, A., 1968, The Health of Widows in the Year Following Bereavement, *Journal of Psychosomatic Research*, 12, 297-306.
- MADDISON, D., WALKER, W.L., 1967, Factors Affecting the Outcome of Conjugal Bereavement, *British Journal of Psychiatry*, 133, 1057-1067.
- MATTEWS, A.M., 1980, Women and Widowhood, in V.W. Marshall (Ed.), *Aging in Canada*, Don Mills, Ontario, Fitzhenry and Whiteside.
- PARKES, C.M., 1964, The Effects of Bereavement on Physical and Mental Health : a Study of the Case Records of Widows, *British Medical Journal*, 2, 274-279.
- PARKES, C.M., 1970, The First Year of Bereavement : a longitudinal Study of the Reaction of London Widows to the Death of their Husbands, *Psychiatry*, 33, 444-467.
- PARKES, C.M., 1972 (ed. 1979), *Bereavement, Studies of Grief in Adult Life*, New York, International Universities Press.
- PARKES, C.M., BROWN, R.J., 1972, Health after Bereavement : a Controlled Study of Young Boston Widows and Widowers, *Psychosomatic Medicine*, 34, 449-461.
- PRATT, L., 1981, Business Temporal Norms and Bereavement Behavior, *American Sociological Review*, 46, 317-333.
- REES, W.D., 1971, The Hallucinations of Widowhood, *British Medical Journal*, 4, 37-41.
- STERN, K., LARIVIÈRE, A., 1957, Observations psychiatriques sur le deuil, *L'union médicale du Canada*, 86, 1082-1087.
- STRUGNELL, C., 1974, Who the Widow-to-Widow Program Served, in P. Silverman, D. Mackenzie, M. Pettipas, E. Wilson (Eds.), *Helping Each Other in Widowhood*, New York, Meilen.
- VACHON, M.L.S., LYALL, W.A.L., ROGERS, J., FREEDMAN, K., FREEMAN, S.J.J., 1980, A Controlled Study of Self-help Intervention, *American Journal of Psychiatry*, vol. 137, 1380-1384.
- WALKER, K.N., MACBRIDE, A., VACHON, M.L.S., 1977, Social Support Networks and the Crisis of Bereavement, *Social Science and Medicine*, 11, 35-41.

SUMMARY

The death of a spouse is a crisis situation which the majority of the population will experience. Some are affected over a long period by the effects of mourning, while others adapt more easily. Starting with a review of writing on the subject, this article describes first the principal stages of the mourning reaction, then it identifies the associated financial, health, and interpersonal problems experienced by widows and widowers. Age, income, previous mourning, the existence of a confidant, frequenting friends and other widows or widowers, satisfaction in relation to help received, participation in diverse associations, are the principal factors favouring adaptation to widowhood. Depressive behaviour, one month after onset of widowhood, and the delayed reaction to mourning indicate a possible negative reaction.