

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

MÉMOIRE DE MAÎTRISE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE DE
LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR

JOCELYN GASTON

LA RÉORGANISATION DU PARCOURS DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES
ENDEUILLÉES DE LEURS CONJOINTS EN MILIEU D'HÉBERGEMENT

OCTOBRE 2019

Résumé

Ce mémoire présente les résultats d'une recherche traitant des principaux enjeux de réorganisation du parcours de vie de personnes, veuves d'un conjoint, vivant dans un Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et dans une Résidence privée pour aînées (RPA). Les sujets participant à cette étude ont répondu à une entrevue construite pour couvrir trois aspects de leurs parcours de vie : (1) le contexte personnel, (2) les impacts du décès du conjoint, (3) la modification du parcours de vie après le décès du conjoint. Les résultats suggèrent que l'obtention de soutiens de proches aidants, d'amis, de parents, de voisins, etc., fut essentielle pour ces personnes pendant cette période de transition. Le mémoire fait le constat que le CHSLD et la RPA ont été peu actifs dans l'encadrement des endeuillés. L'investissement économique visant le soutien psychosocial y est mineur, empêchant les usagers de jouir d'un accompagnement à la hauteur des attentes en période de deuil. De plus, il est ressorti que les personnes vivant dans les CHSLD sont moins enclines à se remettre en couple en raison d'importantes pertes d'autonomie fonctionnelle.

Remerciements

Je voudrais prendre le temps d'exprimer mes gratitude à l'endroit de tous les résidents du CHSLD et de la RPA qui ont bien voulu s'entretenir avec moi sur un sujet aussi délicat qu'est le deuil de leurs conjoints. J'aimerais aussi adresser mes plus sincères remerciements à la haute direction de ces établissements pour m'avoir donné accès aux précieux témoignages des personnes participantes à cette recherche.

Un grand merci aux professeurs de l'Université du Québec en Outaouais, en particulier à Josée Grenier et à François Aubry, pour leur volonté d'assumer avec professionnalisme la direction de ce mémoire.

En fin, tous mes remerciements à mon épouse pour ses encouragements et son soutien pendant toute cette traversée.

Table des matières

Résumé	i
Remerciements	ii
Table des matières	iii
Liste des tableaux	v
Liste des abréviations	vi
INTRODUCTION	1
1.1 La tendance démographique et le vieillissement des Québécois	9
1.2 Le CHSLD : sa mission et ses fonctions	11
1.3 Les CHSLD et les RPA au Québec.....	12
1.4 Les aînés veufs du Québec : une vulnérabilité éprouvante	13
1.5 Les objectifs et la question de recherche.....	14
1.6 Pertinence de la recherche.....	14
CHAPITRE II REVUE DE LITTÉRATURE	17
2.1 Quelques définitions du deuil.....	19
2.2 Les caractéristiques du deuil	20
2.3 Les divers aspects du deuil chez les personnes âgées	22
2.4 Les facteurs de risque associés au deuil des personnes veuves	24
2.5 Des outils pour accompagner la personne âgée en deuil d'un conjoint	25
2.6 La résilience dans l'accompagnement des aînés endeuillés.....	27
CHAPITRE III LE CADRE THÉORIQUE	31
3.1 La théorie du parcours de vie	34
3.2 Les principes fondateurs de la théorie du parcours de vie	37
3.3 La théorie du parcours de vie : quelques sous-principes fondateurs.....	38
3.4 Le principe <i>d'agentivité</i> retenu pour cette étude.....	40
3.5 La théorie du parcours de vie et son application aux cas de personnes en deuil d'un conjoint	40
3.5.1 La pertinence de ce cadre théorique et l'opérationnalisation des concepts .	42
3.6 L'importance des principes de la théorie du parcours de vie dans la compréhension des trajectoires des participants à cette recherche	44
CHAPITRE IV LA MÉTHODOLOGIE	47
4.1 Le type de recherche appliquée.....	49
4.2 La population visée	50
4.3 L'échantillonnage par homogénéisation	50
4.4 Procédure de recrutement des participants.....	51
4.5 Méthode de collecte de données	52
4.6 Le profil des participants.....	53
4.7 L'analyse thématique des données recueillies	54
<i>La pré-analyse</i> :	54

<i>L'exploitation du matériau :</i>	56
<i>Le traitement, l'interprétation et l'inférence :</i>	56
4.8 Préoccupations éthiques de cette recherche	57
CHAPITRE V PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	59
5.1 La perception du deuil chez la population étudiée.....	63
5.2 L'apport des proches aidants dans le deuil des aînés	67
5.3 La perception des répondants du soutien moral reçu en période de deuil	69
5.4 L'appréciation du niveau de services du CHSLD et de la RPA	72
5.5 La résilience et les facteurs de protection	75
5.6 Redéfinition du lien social et contraintes à l'engagement conjugal.....	78
CHAPITRE VI LA DISCUSSION.....	83
6.1 Les impacts du deuil sur le parcours de vie des répondants	85
6.2 Une prise en charge ponctuée de lacunes au CHSLD et à la RPA	87
6.3 Certains principes de la théorie du parcours de vie : base explicative du développement des aînés face au deuil	88
6.4 Le renforcement des liens socio-affectifs : stratégie majeure après le décès du conjoint.....	91
6.5 L'intérêt de cette étude pour l'intervention	97
6.6 Les limites et les forces de la recherche : cadre méthodologique	101
6.7 Principales visées de la recherche professionnelle	103
CONCLUSION	107
RÉFÉRENCES.....	111
ANNEXE A : Publicité pour le projet de recherche	123
ANNEXE B : Formulaire de consentement	124
ANNEXE C : Guide de l'entrevue.....	128
ANNEXE D : Fiche signalétique	129

Liste des tableaux

Tableau 1	La théorie du parcours de vie et ses principes fondateurs	38
Tableau 2	La théorie du parcours de vie et ses sous-principes fondateurs	39
Tableau 3	L'opérationnalisation des principes de la théorie du parcours de vie	43
Tableau 4	Portrait sociodémographique de la population étudiée	62
Tableau 5	Repositionnement conjugal en fonction de l'âge	92

Liste des abréviations

<i>CHLSD</i> :	Centre d'hébergement de soins de longue durée
<i>CLSC</i> :	Centre local de services communautaires
<i>INSPQ</i> :	Institut national de santé publique du Québec
<i>ISQ</i> :	Institut de statistique du Québec
<i>MFA</i> :	Ministère de la Famille et des Aînés
<i>MSSS</i> :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<i>RAP</i> :	Résidence pour personnes autonomes
<i>REER</i> :	Régime enregistré épargne-retraite
<i>SAPA</i> :	Soutien à l'autonomie des personnes âgées

INTRODUCTION

Le phénomène du deuil est étroitement lié à des pertes que nous subissons dans la vie ou à des changements auxquels nous devons nous adapter. Si le deuil est souvent associé à la perte d'un être cher, son sens évolue et englobe aujourd'hui différents types de pertes (pertes cognitives, pertes de capacités fonctionnelles, pertes affectives, pertes du réseau social et familial, etc.). Chez les personnes âgées, la douleur induite par les pertes successives et les deuils à répétition peuvent être traumatisants au point où l'obtention du soutien venant d'institutions, de proches-aidants, d'intervenants psychosociaux et autres professionnels est essentielle pour éviter une détresse psychologique. L'intervention de ces personnes auprès des aînés endeuillés peut apporter le soutien social, moyen significatif pour traverser les étapes du deuil. L'irréversibilité du décès d'un conjoint est une réalité très pénible à vivre. Cette réalité peut ébranler, déstabiliser et/ou compliquer le processus de réorganisation du parcours de vie de l'endeuillé.

Qu'est-ce qui explique les bouleversements sociaux et/ou familiaux subséquents au deuil? Quelle place faut-il donner aux proches-aidants dans le processus du deuil des aînés? La réorganisation du parcours de vie se révèle-t-elle plus facile pour les aînés bénéficiant de soutien de l'entourage? Quelle est la situation de ceux vivant un isolement social ?

Pour tenter de comprendre les différentes dimensions entourant le deuil chez la personne âgée vivant en institution, le mémoire s'inscrit dans une approche interdisciplinaire qui fait appel à la psychologie, à la sociologie, à l'anthropologie, ainsi qu'à la psychiatrie. Réalisé avec la collaboration de la direction des soins infirmiers et des pratiques professionnelles d'un CHSLD¹ et d'une RPA², il contribue à favoriser la réflexion sur les interventions en pratique dans les milieux d'hébergement en matière de soutien pour les aînés en situation de deuil d'un conjoint. Le premier chapitre porte sur la mise en contexte de la problématique du deuil, période de transition³ chez des conjoints dans l'avancée en âge au Québec. Le deuxième chapitre se consacre à la recension des écrits. Il aborde principalement la question du deuil et met en évidence les connaissances actuelles sur le sujet. Le troisième chapitre présente le cadre théorique. Par la suite, la méthodologie utilisée pour la recherche est expliquée au chapitre quatre. Il précise, entre autres, le type de recherche utilisée, la procédure de recrutement des participants ainsi que la méthode de collecte de données. Le chapitre cinq fait l'analyse des résultats de la recherche alors que le chapitre suivant présente la discussion des résultats. La conclusion

¹ Centre d'hébergement de soins de longue durée. Les CHSLD au Québec sont des structures sanitaires offrant des soins de longue durée à toute personne dont l'état de santé requière une surveillance constante et des soins médicaux, dans certains cas spécialisés, s'étendant sur le long terme. Pour les personnes qui les reçoivent (généralement des personnes âgées) le maintien à domicile est considéré comme impossible et ayant franchi le seuil de sécurité admis. Les CHSLD peuvent être publics, privés conventionnés ou privés.

² Résidence Privées pour Aînés. Les RPA sont des milieux de vie pour personnes âgées. Elles sont de deux types : autonomes et semi-autonomes. Elles offrent certains services obligatoires (assistance personnelle, soins infirmiers, sécurité, etc.) et non obligatoires (repas, loisirs, consultations médicales, etc.). Les services non obligatoires peuvent être offerts aux résidents qui désirent les obtenir moyennant des coûts additionnels.

³ Bridges (2006) fait la différence entre transition et changement. Pour lui, la transition désigne une réalité psychologique. Elle est subjective. Elle se réfère à la capacité d'adaptation interne du sujet à des événements externes. Le changement, pour sa part, fait référence à une réalité concrète et objective, comme dans le cas d'un déménagement ou d'un nouvel emploi. Certaines transitions conduisent parfois à des changements effectifs dans la vie de la personne.

revient sur les stratégies exploitées pour contourner les obstacles jonchant le processus du deuil chez cette population. Elle précise l'apport de l'approche qualitative dans la compréhension de cette expérience et fait l'éloge de cadre conceptuel utilisé. De plus, elle fait des suggestions qui encouragent l'amélioration du service par l'embauche de professionnels qualifiés et en nombre suffisant, capables de soutenir les aînés en deuil.

CHAPITRE I

LA MISE EN CONTEXTE DE LA PROBLÉMATIQUE À L'ÉTUDE

Ce chapitre présente l'état actuel des connaissances sur le vieillissement au Québec. Nous présentons également la tendance démographique actuelle, la mission des CHSLD, les différents types de CHSLD et les procédures de deuil lors du décès d'un conjoint en CHSLD.

1.1 La tendance démographique et le vieillissement des Québécois

Au Québec, selon l'Institut de statistique du Québec (ISQ), la population de 2016 est estimée à 8 326 100 habitants (ISQ, 2016). La population du Québec vieillit et le nombre de personnes âgées augmente d'année en année. En 2008, le Ministère de la Santé et des Services sociaux estimait à 1.1 million le nombre de personnes de 65 ans ou plus (MSSS, 2010). En 2017, les aînés de 65 ans ou plus sont au nombre de 1 503 921. Ils seront 2.2 millions en 2030 (ISQ, 2016, MSSS, 2016). Selon les prévisions de l'ISQ, en 2041 le quart de la population du Québec (2 515 310 habitants) pourrait être âgé de 65 ans et plus. En 2041, la possibilité qu'une personne sur six soit âgée de 75 ans est bien réelle (Choinière, 2010). Pour 2051, les prévisions annoncent le chiffre de 2 704 344 personnes âgées de 65 ans ou plus au Québec (Ministère de la Famille et des aînés, 2017). Ce vieillissement accéléré est dû essentiellement à deux facteurs : une hausse du taux de

natalité au Québec entre 1945 et 1965 (période d'après-guerre) et une baisse soudaine du taux de natalité entre 1971 et 1986 (Choinière, 2010). Alors que la population vieillit, l'espérance de vie des Québécois, favorisée par des progrès biomédicaux et technologiques ainsi que par l'amélioration des conditions de vie, augmente. En 2010, les hommes du Québec vivaient jusqu'à 79.6 ans alors que les femmes présentaient une espérance de vie allant jusqu'à 83.6 ans (Francoeur, Michaud, Dallaire, Pacaut & Gladu, 2012). En 2012, une augmentation de l'espérance de vie est constatée chez les deux genres, avec 79.8 ans pour les hommes et 83.8 ans chez les femmes (MSSS, 2014). Le vieillissement de la population préoccupe les décideurs publics et annonce, selon eux, une crise des finances publiques (Rochon, 2002; Brousseau & Ouellet, 2010). Ce problème de vieillissement est d'autant plus alarmant que le Québec, après le Japon et la Corée du Sud, représente l'endroit où la population connaît le rythme de vieillissement le plus rapide, selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2017). La tendance démographique d'aujourd'hui est caractérisée par l'augmentation grandissante du nombre d'ainés en perte d'autonomie fonctionnelle. Elle exerce une pression sur les services sociosanitaires (hôpitaux, CLSC, médecins de famille, médecins spécialistes, etc.) qui, à bien des égards (liste d'attente, réduction du nombre de lits en CHSLD publics et semi-conventionnés, personnel réduit, services à la carte en CHSLD privés, etc.), peinent à répondre aux besoins de cette population. De plus, il faut prévoir une majoration du coût des services de santé liés au problème du vieillissement (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2005; MFA, 2012; Beland, Bergman, Leble & Hummel, 2006).

Cette vision alarmiste n'est cependant pas partagée par tous. Certaines rectifications y ont par ailleurs été apportées. Pour Béland (2007) le vieillissement de la population impacte peu l'accroissement des dépenses en santé publique au Québec. Se référant au passé, Béland (2007) avance que le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus a doublé au Canada de 1970 à 2002. Pourtant, précise-t-il, les dépenses annuelles attribuables au vieillissement étaient seulement de 20% pendant cette période. Si les hausses de dépenses attribuables au vieillissement seront de l'ordre de 1,3% du produit intérieur brut du Canada en 2050, elles ne seront pas pour autant catastrophiques et n'affecteront pas particulièrement le Québec, car les dépenses gouvernementales en santé *per capita* au Québec sont sous contrôle (Béland, 2007). En ce qui a trait aux personnes de moins de 65 ans et de plus de 85 ans, les dépenses en santé publique soutenant ces populations au Québec sont nettement plus abordables que celles de l'Ontario (Ibid). Par ailleurs, Lozeau (2005) précise que les coûts opérationnels des hôpitaux (acquisition de nouvelles technologies médicales et de médicaments onéreux, soins ultraspecialisés, salaire du personnel soignant, etc.), se révèlent nettement plus importants pour les dépenses publiques que ceux, moins budgétivores, associés aux soins chroniques pour aînés.

1.2 Le CHSLD : sa mission et ses fonctions

Un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) a pour mission d'héberger, de soutenir, d'assister, de surveiller et d'offrir des soins et services médicaux, pharmacologiques, psychosociaux, de loisirs et de réadaptation à toute personne adulte, de façon passagère ou permanente, dont l'état de santé montre une perte d'autonomie

fonctionnelle. Les personnes en perte d'autonomie bénéficient des services des CHSLD lorsque le service de soutien à domicile offert par les CLSC n'est plus possible, en raison de la dégradation de leur état de santé physique/cognitive (MSSS, 2015 & MSSS, 2016).

1.3 Les CHSLD et les RPA au Québec

Au Québec, les CHSLD sont de trois types : (1) les CHSLD publics. Dans ces établissements de santé publique, l'administration est assurée entièrement par le secteur public. Environ 29 670 lits y sont occupés; (2) les CHSLD privés conventionnés. Il en existe 63 au Québec. Ces deux types de CHSLD (publics et privés conventionnés) accueillent près de 40 000 résidents. Leur administration est assurée à la fois par le secteur privé et public; (3) les CHSLD privés non conventionnés. Ils sont entièrement gérés par le secteur privé. Dans ces structures d'accueil, les services, payables à la carte (nombre de bains par semaine, aide au repas, activités de loisirs, etc.), sont requis en fonction des besoins des résidents (MSSS, 2015 ; MSSS, 2016).

Enfin, arrivent les RPA. Ce sont des résidences privées non conventionnées. Elles sont entièrement gérées par le secteur privé et accueillent une clientèle constituée de personnes autonomes et semi-autonomes qui requièrent seulement une heure/soin ou moins par jour (Idem).

En 2004 au Québec, les personnes âgées de 75 ans et plus vivant en institution sont au nombre de 40 000 (ISQ, 2016). Celles qui reçoivent des services à domicile sont

de l'ordre de 198 000 et les aînés de 65 ans ou plus vivant dans les ressources intermédiaires et les résidences privées sont au nombre de 150 000 (Plamondon, 2010).

1.4 Les aînés veufs du Québec : une vulnérabilité éprouvante

La majorité (90%) des personnes âgées du Québec vivent en ménage privé (ISQ, 2016). En 2011, 5,8% de la population du Québec vit en situation de veuvage (ISQ, 2017). Le veuvage, en nette progression chez les femmes de 75 ans et plus, marque la vie de ces aînées (Camarra, 2011).

Dans bien des cas, des paramètres biopsychosociaux (perte d'autonomie importante, l'angoisse de vivre seul, incapacité à gérer seul son environnement, décès et deuil du conjoint, absence d'amis, de proches aidants, de soutien institutionnel, etc.) renforcent la souffrance, augmentent la solitude et amplifient les troubles cognitifs chez certaines d'entre eux, au point où l'option d'hébergement en institution devient, dans certains cas, inévitable (Bernard, 2004). Plusieurs manifestations cliniques (dépression, anxiété, psychose, troubles de comportement, consommation de substances psychotropes, pathologies somatiques) apparaissent chez certaines personnes victimes d'événements traumatisants (décès d'un conjoint, d'un parent, d'un enfant, etc.) et les rendent vulnérables (Côté, 1996). Dans le cas des personnes âgées vivant en CHSLD, cette vulnérabilité, bien souvent, se traduit en termes de dépendance totale ou partielle pour certains actes de vie quotidienne (manger, se laver, s'habiller, etc.). La vulnérabilité chez ces aînés peut même impliquer la perte d'une certaine forme d'autonomie langagière (incapacité de

communiquer adéquatement pour consentir aux choix thérapeutiques les concernant) (Bernard, 2004). Différents éléments (aggravation des troubles cognitifs, incapacités d'entrer en relation avec autrui, non-reconnaissance de proches, refus de collaborer aux soins infirmiers ou d'hygiène, isolement social, diminution de la fréquence des visites parentales, etc.) chez certains aînés, augmentent cette incapacité de réorganiser leur vie (Bernard, 2004).

1.5 Les objectifs et la question de recherche

L'objectif principal de cette recherche vise à comprendre les influences du décès et du deuil d'un conjoint d'une personne âgée vivant en CHSLD et en RPA sur son parcours de vie. En ce sens, trois objectifs spécifiques sont retenus :

- Comprendre les effets et conséquences du deuil chez les personnes âgées dans leurs parcours de vie.
- Identifier les soutiens formels et informels obtenus pour faire face au deuil.
- Analyser en quoi le parcours de vie de la personne s'est modifié suite au décès.

1.6 Pertinence de la recherche

Cette recherche se propose de mieux faire connaître la réalité des personnes âgées dont le décès et le deuil du conjoint impactent le parcours de vie. Elle montre comment le soutien ou l'absence de soutien offert par les intervenants du CHSLD et de la RPA peut contribuer ou ne pas contribuer à faciliter la réorganisation du parcours de vie des

personnes vivant seules après le décès du conjoint. Elle approfondit et/ou renouvelle des connaissances sur le deuil du conjoint au Québec.

La contribution de cette recherche au domaine du travail social est primordiale. L'éclairage qu'elle apporte dans le domaine du deuil d'un conjoint peut guider des professionnels (travailleurs sociaux) travaillant dans des programmes relatifs à la gériatrie, comme le programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) des établissements de soins de longue durée ou au sein des CLSC. Les connaissances mises à jour dans le cadre de cette étude peuvent servir de pistes de réflexion pour l'intervention en travail social. Instruit des différentes subtilités (opportunités, contraintes, choix, influence des autres et de l'environnement sur le sujet, etc.) en lien avec le deuil du conjoint d'un aîné, le travailleur social peut mieux comprendre cette réalité. En conséquence, il peut apporter de l'aide, du soutien ou un accompagnement répondant aux besoins du client âgé, pris dans des interactions avec son environnement, dans cette période de vie marquée par la fragilité et le besoin de soutien des autres.

Dans le chapitre portant sur la revue de littérature qui suit, le deuil est examiné en profondeur, à la lumière des recherches effectuées par différents chercheurs.

CHAPITRE II
REVUE DE LITTÉRATURE

Vivre un deuil ne représente jamais un évènement banal au cours d'une vie. Le deuil nous affecte dans plusieurs circonstances et s'insère dans différents aspects de notre vie. La perte d'un être cher, d'un animal de compagnie, d'une situation financière stable ou d'un amoureux constitue quelques exemples de situations de la vie qui peuvent nous déstabiliser. Dans certains cas, certaines de ces situations peuvent nous contraindre à réorganiser notre vie afin de revenir à l'équilibre d'avant la perte. Chez les personnes âgées, les pertes et particulièrement celles d'un conjoint, sont nombreuses et les font souffrir au même titre que les plus jeunes de la société. Ce chapitre propose une revue de littérature portant sur les pertes et les deuils que subissent les personnes âgées. De façon plus spécifique, il met l'accent sur le processus d'accompagnement de ces personnes en situation de deuils. Les différentes étapes du deuil sont aussi examinées.

2.1 Quelques définitions du deuil

La notion du deuil est définie à partir de plusieurs approches (médicale, anthropologique, sociologique, psychologique, psychanalytique, etc.) marquant le domaine d'intervention de différents chercheurs. Pour Hanus et al., (2006), le deuil prend une dimension temporelle caractérisée par une période de crise, de souffrance et de grands

déséquilibres qui placent certaines personnes âgées, dans certains cas déjà fragilisées par d'autres deuils, en situation de risques (détérioration des conditions de santé physique ou psychologique, pertes de repères, confusion, etc.). Le deuil est un processus psychologique évolutif consécutif à une perte (Bercovitz, 2003). Il est un processus émotionnel normal de l'acceptation de l'inévitable, soit la fin de vie (Adriaensen et Retsylam, 2009). Pour Freud (cité par Adriaensen et Retsylam, 2009), le deuil réfère à la séparation et à la dépossession. Il provoque une réaction de chagrin, de tristesse ou de douleur à la suite de la perte d'une personne ou d'un objet symbolique et important à nos yeux (la liberté, la démocratie, la patrie, etc.). Le deuil, décrit par le choc initial ressenti à la suite de la perte d'un être cher, provoque un bouleversement chez l'endeuillé. Le choc initial, bien qu'il peut occasionner une dépression chez certains, est considéré comme normal. Il est suivi par une période de réadaptation du sujet à un nouvel environnement physique et psychologique marqué désormais par l'absence irréversible du défunt (Bourgeois, 2003).

2.2 Les caractéristiques du deuil

Le deuil facilite l'apaisement des réactions (psychologiques, physiologiques, sociales, etc.) causant la souffrance à la suite de la rupture du lien d'attachement à l'objet de la perte (Bacqué, 2005). Placé sur un continuum temporel, le deuil comporte différentes étapes. La douleur éprouvée par l'endeuillé en constitue la première. Ce mot tire ses origines de *dolore* qui signifie souffrir (Bacqué, 2005). Cette douleur peut occasionner chez l'affligé (dans le cas, entre autres, de perte de capacités fonctionnelles) un sentiment de

culpabilité lui faisant éprouver le regret d'avoir adopté dans le passé des comportements qu'il croit responsables de ses malheurs actuels (Hanus et al., 2006). Ce sentiment de culpabilité peut amener la personne à penser qu'elle a conduit trop vite, qu'elle a trop bu, trop fumé, trop mangé, ou qu'elle a négligé les exercices physiques et manqué ses rendez-vous médicaux (Monbourquette et Lussier-Roussel, 2003). Pourtant, il s'agit d'une culpabilité saine qui fait prendre conscience à l'endeuillé qu'il n'a pas agi selon ses idéaux et ses principes moraux (Monbourquette et Lussier-Roussel, 2003).

Pour contourner ce sentiment de culpabilité et retrouver la joie de vivre, Grenier (2011) fait référence à la notion de l'autonomie chez les aînés : « la part de l'autonomie, entendue comme capacité de s'organiser, de prendre soin de soi, d'entrer en relation, d'exercer une certaine maîtrise sur sa vie et de faire des choix, est ici centrale, décisive » (p. 43). Bien que l'autonomie soit considérée comme un élément facilitateur dans la lutte pour briser l'isolement et la souffrance morale éprouvés à la suite d'une perte, les personnes âgées touchées par le deuil restent fragiles. Elles nécessitent de l'aide qui, lorsqu'elle vient de la famille, se révèle bien souvent insuffisante pour des personnes lourdement marquées par les maladies (Grenier, 2011). L'accompagnement venant d'un membre de la famille peut s'avérer difficile. La peur que l'endeuillé exprime ses déceptions en toute liberté face aux membres de la famille et heurte ses proches complique, en quelque sorte, son processus de deuil (Hétu, 2000). D'un autre côté, Hétu (2000) constate que le peu de soutien reçu par certains aînés endeuillés dans certaines familles témoigne de leur peu de connaissances du processus de deuil chez les personnes âgées. De ce fait, ces sujets sont laissés à eux-mêmes, sans être guidés et soutenus dans l'épreuve du deuil (Hétu, 2000). Ils sont traités avec

désinvolture (Adriaensen et Retsylam, 2009). Pourtant, le soutien des membres de la famille et des amis est essentiel dans ces moments de grande vulnérabilité (Adriaensen et Retsylam, 2009).

2.3 Les divers aspects du deuil chez les personnes âgées

Plusieurs théoriciens et chercheurs (Delage, Lejeune et Delahaye, 2017; Sauteraud, 2012; Verdon, 2012; Ross et Kessler, 2009; Héту, 2000) ont formulé des hypothèses et proposé des théories sur le deuil chez les personnes âgées. Leurs travaux ont visé l'émergence des connaissances scientifiques dans ce domaine. Se penchant plus spécifiquement sur la vieillesse, ces chercheurs ont su mettre en évidence des liens entre la résilience, la perte et le deuil chez la personne âgée. Grâce à leurs travaux, le deuil n'est plus considéré comme un élément isolé. Il est désormais placé dans un carrefour où s'entrecroisent divers aspects (spirituel, culturel, philosophique, sociologique, social, économique, psychologique) constituant l'être humain. Les équipes soignantes doivent tenir compte de ces différents aspects afin d'éviter des deuils compliqués, voire pathologiques chez les personnes âgées vivant en institution (Dumoulin, 2009).

Selon Lamboy (2007), l'être humain est condamné à vivre des deuils depuis la naissance jusqu'à la mort. La première expérience du deuil remonte à la naissance, au moment où le nouveau-né doit abandonner le confort chaleureux et sécurisant du milieu utérin maternel pour entrer dans le monde de la vie extra-utérine. Pour Charazac (2005), le deuil traverse les différents stades du développement humain depuis la naissance

jusqu'au grand âge, moment au cours duquel des détériorations physiques et psychiques irréversibles sont constatées chez certains clients ayant subi des pertes successives dans l'avancée en âge (Charazac, 2005). Dans ses recherches sur les différents ajustements essentiels au deuil qu'une personne doit faire, Worden (1996) met en lumière quatre aspects caractérisant le processus du deuil chez les êtres humains : (1) l'acceptation de la perte comme une réalité de la vie. Ici, l'endeuillé comprend et accepte l'idée que la personne décédée ne peut revenir à la vie; (2) la libre expression de la douleur et des émotions entourant cette perte. Cet aspect permet d'évacuer la douleur en l'exprimant librement; (3) l'adaptation aux changements relatifs au décès de la personne. Ici, l'endeuillé doit s'adapter à ce nouvel environnement qui est désormais marqué par l'absence définitive du défunt; (4) la conservation de la mémoire de la personne disparue. Cet aspect consiste à trouver et à conserver un objet appartenant au défunt, mais aussi à perpétuer des habitudes du passé (mettre le couvert de table pour le conjoint décédé) afin d'honorer sa mémoire, tout en continuant de vivre sa vie (Worden, 1996). Chez certains aînés, la perte d'un conjoint peut résulter d'une modification du parcours de vie, les obligeant à prendre des décisions en vue de reconstruire leur vie à nouveau (Bouisson, 2005; Guillemard, 2003 et Godard, 1986).

Par ailleurs, le deuil comme phénomène intime, se vit souvent de façon discrète, ne laissant pas apparaître ses effets nuisibles, voire dévastateurs sur ces populations en situation de souffrance (Sauteraud, 2012). La question du deuil dans nos sociétés actuelles est marginalisée (Sauteraud, 2012). La charge émotionnelle qu'elle suscite chez certains sujets dérange notre routine de vie et fait ressortir nos propres fragilités (Sauteraud, 2012; Bacqué et Hanus, 2000). Chez certains groupes de personnes âgées, le deuil se vit en retrait

par peur de causer des soucis à leurs proches (Richard et Mateev-Dirkx, 2004). En plus de ce retrait social, Groulx (2003) suggère que certains aînés endeuillés d'un conjoint, doivent aussi faire le deuil de diverses pertes liées au vieillissement (perte de capacités fonctionnelles, perte de relations significatives avec l'autre, perte du sentiment d'être utile à sa famille et à la société, perte d'estime de soi dans l'avancé en âge, perte de repères dans la détresse du cycle de vie que traverse la personne âgée, etc.).

2.4 Les facteurs de risque associés au deuil des personnes veuves

Des données épidémiologiques indiquent une surmortalité chez les populations de tous âges en deuil. Cette affirmation trouve ses assises dans les études faites par Kraus et Lilienfeld (1959) aux États-Unis. La réalisation de ses études s'est échelonnée de 1949 à 1961. En comparaison aux personnes mariées, le taux de mortalité chez les veufs et les veuves est nettement plus significatif. Chez les hommes, ce taux est encore plus élevé, révèlent ces études. Bien que ces données soient anciennes, elles trouvent encore un écho dans les travaux de Bercovitz (2003). Selon cet auteur, la mortalité chez les personnes en situation de deuil est plus importante chez les personnes veuves, séparées ou divorcées que chez les personnes mariées. Les personnes dans l'avancée en âge en situation de veuvage (qui peuvent être déjà affectées par d'autres pertes et d'autres deuils), sont nettement plus fragiles que les jeunes veufs (Hanus et al., 2006).

2.5 Des outils pour accompagner la personne âgée en deuil d'un conjoint

Compte tenu du contexte de fragilité dans lequel évoluent des personnes âgées en situation de deuil (isolement social; pauvreté; santé physique ou mentale détériorée, etc.), elles devraient bénéficier d'une attention particulière, c'est-à-dire d'un accompagnement psychosocial intensif (Adriaesen et Retsylam, 2009). L'accompagnement psychosocial intensif est défini comme une présence active et une écoute attentive auprès de certaines personnes âgées, afin qu'elles puissent verbaliser leurs émotions et envisager des solutions à leurs problèmes. Cependant, la complexité du phénomène du deuil, influencée par le contexte émotionnel et socioculturel des endeuillés, requiert, dans certains cas, la présence d'intervenants qui mobilisent des approches systémiques pour les aider (Goldbeter-Merinfeld, 2005). Cette expertise est d'autant plus nécessaire que le système-client des endeuillés pourrait se révéler incomplet (isolement social, absence du conjoint décédé, absence des enfants décédés ou trop malades pour offrir de l'aide, absence d'amis). De ce fait, il serait incapable de soutenir la personne en deuil. Ne bénéficiant plus du soutien de leur entourage immédiat, la période de deuil de certaines personnes sera plus ou moins longue à surmonter (Goldbeter-Merinfeld, 2005). Même dans le cas de décès de proches parents, enfants ou amis, la vérité doit être révélée aux personnes âgées en deuil. Le mensonge a des conséquences néfastes sur le processus du deuil (Raimbault, 2004). Parler de la mort fait peur en raison des considérations négatives associées à cette réalité. Pourtant, faire face à cette situation traumatisante facilite le deuil et permet de retrouver un certain bien-être (Brillon, 2012).

L'accompagnement d'une personne âgée repose sur des habiletés de savoir accueillir des questions difficiles, des états émotionnels de la personne âgée, mais aussi de pouvoir l'informer et encourager ses élans d'espoir (Kunzi, 2008). L'accompagnement c'est :

« Revenir dix fois dans la chambre du nonagénaire qui sanglote : elle est où ma Lisette? C'est arriver dans une chambre avec rien d'autre à proposer qu'un moment de présence. Pas de tisane, de soins ou de questions qui permettent d'entrer facilement en contact et de nouer la conversation. Lancer seulement : Je viens vous dire bonjour et laisser la place au patient, là où il en est ce jour-là, sans hypothèse ni idée préconçue sur ce qui serait bon pour lui dans sa situation. Parfois aussi ce n'est qu'ouvrir une fenêtre, lisser les draps ou ranger les pantoufles, parce qu'aujourd'hui, c'est cela qui est important pour lui (Kunzi, 2008, p. 18.) »

Ici, cette subtilité décrite dans le processus d'accompagnement épouse les remarques de Ross et de Kessler (2009) pour qui les cinq étapes de ce processus complexe qu'est le deuil (le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation) ne doivent pas être prises comme des blocs étanches, ne laissant pas de place à la subtilité et à la douceur. Il faut éviter de bousculer l'endeuillé en lui demandant de mettre fin à son deuil et de recommencer à vivre comme avant la perte (Ross et Kessler, 2009). Le processus du deuil, dans certains cas, peut prendre du temps. Il agit de manière lente, mais son action est continue. De plus, il faut respecter la spécificité de chaque cas de deuil (Séguin et Fréchette, 1999). Pour certains endeuillés, la nécessité de comprendre ce qui leur arrive constitue un besoin à la fois cognitif et spirituel. Ils tentent de donner un sens à la tragédie et essaient d'accepter l'idée de la mort comme faisant partie intégrante de la vie (Séguin et Fréchette, 1999). Face à la souffrance et à la mort, l'authenticité et l'empathie des personnes

(professionnels de la santé, parents, amis, etc.) soutenant les aînés deviennent primordiales (Hesse, 2000).

Pour Bacqué (2005), en situation de fin de vie, une série d'adaptations psychologiques et morales permettent d'atténuer la souffrance physique qui s'impose à nous. En ce sens, l'ensemble des peurs et des pertes qui précèdent la mort occasionne chez certains aînés la tristesse de quitter leurs proches et suscite chez eux le regret⁴ de n'avoir pas pu accomplir certains de leurs projets. La peur du futur et l'angoisse du moment font également partie de ce processus pour certaines personnes âgées (Bacqué, 2005). Pour atténuer cette angoisse et cette peur, Simard (2006) propose de mettre l'accent sur le bien-être personnel, concept qui renvoie à l'idée que l'aîné peut s'accrocher à tout ce qui peut le soutenir en période de fragilité émotionnelle et psychologique (prendre une marche avec le chien; regarder un coucher du soleil; s'adonner à de l'horticulture; faire de la lecture, etc.). Pour aider certains aînés à réorganiser leur vie, il faut être à leurs côtés et les soutenir dans ce qui donne un sens à leur vie pendant la période de deuil (Simard, 2006).

2.6 La résilience dans l'accompagnement des aînés endeuillés

Le processus résilient d'accompagnement de la personne endeuillée implique de l'encourager à analyser l'évènement et à trouver son sens. La résilience est définie comme la capacité que possède un individu à supporter psychiquement de grandes épreuves de la

⁴ Le regret évoqué ici n'est pas remarqué chez toutes les personnes en fin de vie. Certains aînés en fin de vie n'éprouvent aucun regret avant leurs décès.

vie. Cette capacité lui permet de situer ces épreuves dans un contexte évolutif, d'en tirer des leçons et de prendre des dispositions pour rebondir à nouveau après le traumatisme (Richard et Mateev-Dirkx, 2004). Pour y arriver, il faut pouvoir se détacher des événements du passé. Le détachement fait partie d'un ensemble de réactions d'ajustement que le résilient tente de mettre en place à la suite d'une perte (Hétu, 1994). Cependant, le respect du rythme d'ajustement de l'endeuillé à sa situation de perte doit être priorisé. Ainsi, observer et respecter la capacité d'ajustement au deuil des personnes endeuillées dans l'avancée en âge et les laisser vivre leurs deuils à leur façon est fondamental (Adriaensen et Retsylam, 2009). Cependant, tel n'est pas toujours le cas pour les aînés vivant en institutions (CHSLD/RPA). Des préoccupations économiques et managériales réformistes de ces institutions ne facilitent pas toujours le respect du rythme d'ajustement de ces personnes au veuvage pendant la période de transition. Les travailleurs sociaux qui y travaillent se voient souvent imposer un cadre de travail administratif qui les éloigne des valeurs de la profession (respect du rythme d'apprentissage du client; respect de la dignité et du droit de la personne; respect de l'autodétermination; respect de la diversité; etc.). Grenier et Bourque (2016) évoquent la logique marchande néolibérale de la Nouvelle Gestion Publique⁵ adoptée par les institutions de santé et de services sociaux comme l'une

⁵ La Nouvelle Gestion Publique, (NGP) paradigme dominant en matière de l'ingénierie de l'État, voit le jour dans les années 1980 en Europe dans un contexte marqué par l'incapacité de certains états européens à assurer la continuité de services à la population de plus en plus en expansion démographique. Le constat de la nécessité de revoir les modes administratives et politiques afin de satisfaire les exigences de la population en matière de l'obtention de services de qualité et dans un temps raisonnable, sont des arguments mis de l'avant par des responsables politiques pour promouvoir l'idée de réformer l'État dans les pays du Commonwealth, aux États-Unis et au Canada. Au Québec, la promotion de l'ingénierie de l'État est faite par le gouvernement de Jean Charest en 2003. À la recherche d'efficacité et d'efficience dans la prestation de services, ce premier ministre évoque la nécessité de rénover l'État afin de donner plus de services à un moindre de coûts. Par ailleurs, le paradigme de la NGP admet l'idée que l'État peut être géré à la manière d'une entreprise privée.

des causes empêchant aux travailleurs sociaux d'offrir un accompagnement de qualité à la clientèle.

CHAPITRE III
LE CADRE THÉORIQUE

Cette recherche s'appuie sur la théorie du parcours de vie comme paradigme à visée compréhensive. Pour Gaudet (2013), la théorie du parcours de vie propose de comprendre comment le contexte de vie, l'histoire personnelle et la réalité sociobiographique des individus peuvent expliquer leurs parcours. Cette théorie peut expliquer la temporalité, marquée par des continuités et des discontinuités dans le cheminement de vie d'une personne (Gaudet, 2013). La présente étude vise à montrer comment des personnes endeuillées du décès d'un conjoint perçoivent leurs trajectoires et comment elles construisent et interprètent leur réalité. Dans le constructivisme, l'image que nous développons de la réalité n'est pas la réalité en soi. Elle est une réalité perçue qui vient d'une construction produite par notre esprit dans ses interactions avec la réalité environnante, selon nos propres représentations (Guba et Lincoln, 1994). La théorie du parcours de vie s'insère aisément dans la conception que les individus sont des acteurs de leurs pensées, de leurs actions ainsi que de la construction de leurs propres réalités (Elder, 1995 et Rougeul, 2003). Selon Gherghel et Saint-Jacques (2013), la théorie du parcours de vie, issue des travaux d'Elder en 1970, permet d'analyser et de comprendre le développement global et le parcours de vie des individus. La théorie du parcours de vie est pertinente et appropriée pour étudier le deuil chez des personnes en situation de changement de vie, car elle donne des repères permettant d'analyser et de comprendre les

influences du décès et du deuil d'un conjoint d'une personne vivant en CHSLD et en RPA sur leurs parcours de vie, principal objet de cette recherche.

3.1 La théorie du parcours de vie

Gherghel et Saint-Jacques (2013) précisent que la théorie du parcours de vie est émise dans le but de mieux comprendre le comportement des humains en période de grands bouleversements de leur vie. Elle permet d'appréhender comment les gens réagissent et de constater quelles stratégies ils adoptent pour diminuer les impacts négatifs de ces bouleversements (Gherghel et Saint-Jacques, 2013). Basée sur des unités d'analyse qui sont les individus et le temps (de Coninck et Godard, 1990), la théorie du parcours de vie propose d'étudier, de façon multidisciplinaire et interdisciplinaire, le déroulement des vies des personnes (Gaudet, 2013; Bessin, 2009; Sapin, M., Spini, D. et Widmer, E. D. (2007 ; Levy et al., 2005). La théorie du parcours de vie résume que généralement, les individus choisissent d'emprunter certaines trajectoires de vie en fonction des contraintes et des opportunités qui s'offrent à eux et, à partir de là, ils développent une certaine réflexivité sur leur expérience de vie. En résumé, cette théorie permet d'analyser, à l'aide de données sociologiques et des capacités réflexives des individus, le déroulement de leurs vies à travers un temps donné (enfance, adolescence, jeune adulte ou grand âge) et un contexte donné (deuil, mariage, divorce, départ des enfants, déménagement ou maladies) (Gaudet, 2013; Bessin, 2009; Sapin et coll., 2007; Levy et al., 2005). Plusieurs disciplines (sociologie, anthropologie, sciences de l'éducation, gérontologie, sciences de la santé,

sciences de l'intervention sociale) utilisent la théorie du parcours de vie (Elder, Johnson et Crosnoe, 2004) pour analyser et pour comprendre des éléments de stabilité et la discontinuité de parcours de vie. Elle est aussi utilisée pour appréhender le développement des cycles de vie (enfance, adolescence, adulte et grand âge) à travers différents rôles sociaux et différents contextes historiques (Gherghel et Saint-Jacques, 2013; Elder, Johnson et Crosnoe, 2004).

La théorie du parcours de vie réfère à l'idée que la vie développementale de l'humain est ponctuée de continuités (périodes de stabilité) et de bouleversement (périodes d'instabilité) sur un continuum allant de la naissance à la mort (Elder, 1995). Elle met l'accent sur l'étude des trajectoires et des transitions de vie forgées par le contexte historique de la personne (histoire familiale, choix de vie, etc.) et/ou par le contexte institutionnel et ses influences sur l'individu (trajectoire scolaire et de travail, trajectoire sociale, fréquentation de personnes significatives, etc.) (Gherghel et Saint-Jacques, 2013). Ces deux contextes (historique et institutionnel) sont susceptibles d'influencer le parcours de la personne (Gherghel et Saint-Jacques, 2013).

Le parcours de vie d'un acteur social est déterminé en fonction de choix personnels, retenus à partir de l'analyse qu'il peut faire des contraintes et d'opportunités offertes par son environnement. Dans cette optique, choisir de poser des actions qui lui sont favorables (des opportunités) pour ponctuer sa trajectoire tout en évitant celles qui sont nuisibles (des contraintes) à son cheminement s'inscrit dans une logique de construction personnelle du parcours de vie de l'individu (Gherghel et Saint-Jacques, 2013, Clausen,

1995). Cependant, des contraintes liées au contexte dans lequel il vit, les effets structurels (les personnes significatives qui croisent sur son chemin, les institutions sociales, écoles, églises, partis politiques, etc.) qu'il fréquente peuvent l'orienter dans une direction non prévue par ses désirs et intérêts initiaux (Elder et al., 2004). Cette théorie étudie également les balises sociétales déterminant la façon que des individus doivent s'y prendre pour vivre certains changements dans leur vie, comme se marier, prendre sa retraite, vivre seuls ou déménager. Gherghel et Saint-Jacques (2013) considèrent ces changements comme faisant partie des transitions auxquelles des individus doivent faire face au cours d'une vie. Cette versatilité implique pour les concernés l'adoption de stratégies (faire des compromis, contourner les contraintes, négocier, etc.) afin qu'ils puissent réajuster leur vie. Certains moments marquant le changement peuvent être tellement importants (le deuil d'un conjoint, une perte d'emploi, le départ des enfants, l'arrivée soudaine d'une maladie ou d'une infirmité) qu'ils viennent modifier de façon irréversible le parcours de vie de la personne (Elder et al., 2004, Gherghel et Saint-Jacques, 2013). Dans le contexte de la perte et du deuil d'un conjoint, le soutien dont bénéficie l'endeuillé, les contraintes et les opportunités qui émergent de cette situation, la qualité de l'accompagnement offert par son entourage, peuvent l'influencer dans l'orientation qu'il donnera à son parcours de vie (Gherghel & Saint-Jacques, 2013).

3.2 Les principes fondateurs de la théorie du parcours de vie

La théorie du parcours de vie est fondée sur cinq principes, soient : *life span development*; *human agency*; *time and place*; *linked lives* et *timing*⁶ (Elder, Johnson et Crosnoe, 2004; Elder et Shanahan, 2006). Le tableau suivant présente ces principes et leurs descriptions.

⁶ Voici une traduction approximative des termes anglais utilisés ici. *Life span development* : un parcours de vie est en changement perpétuel. *Human agency* : intentionnalité des individus. *Time and place* : le moment et l'endroit. *Linked lives* : des parcours de vies interconnectées. *Timing* : moment idéal ou inopportun (des événements d'une vie).

Tableau 1
La théorie du parcours de vie et ses principes fondateurs

Principes	La description des principes
<i>Life span development</i> (Changement perpétuel dans une vie).	La trajectoire développementale d'un individu s'étend sur toute la vie. Elle est influencée par des changements biologiques, sociaux ou psychologiques et s'insère dans toutes les sphères (santé, éducation, travail, famille ou amis) du développement humain (Elder et Shanahan, 2006).
<i>Human agency</i> (Agentivité des individus).	L'individu est l'acteur de sa trajectoire de vie par des décisions qu'il prend en fonction des contraintes (à contourner) et des opportunités (à saisir) de son environnement. Son expérience et sa perception de la réalité motivent ses choix (Elder, Johnson et Crosnoe, 2004).
<i>Time and place</i> (Le moment et l'endroit).	Le contexte social et historique (lieu d'hébergement, rapports avec pairs, groupe d'appartenance, culture personnelle, etc.) modifie le parcours de vie de l'individu en influençant son développement biologique, psychologique ainsi que ses choix de vie (Elder, Johnson et Crosnoe, 2004).
<i>Linked lives</i> (Des vies interconnectées).	Les vies des individus sont liées et interdépendantes sur le plan relationnel et social (Elder, Johnson, Crosnoe, 2004).
<i>Timing</i> (Moment idéal ou inopportun).	Les transitions de vie peuvent surgir à des moments idéals, marqués par la capacité de certains individus de s'y adapter. Dans d'autres cas et pour d'autres individus, elles peuvent représenter un obstacle psychologique difficile à surmonter (Crosnoe, 2004).

3.3 La théorie du parcours de vie : quelques sous-principes fondateurs

Plusieurs chercheurs (Bourdieu, 1986 et Dewilde, 2003; Kruger et Lévy, 2001; Liao et Hronis, 2007; Mc Daniel et Bernard, 2011) affirment qu'en dehors de ces cinq principes connus, la théorie du parcours de vie est soutenue par des sous-principes qui sont

les suivants: (1) les séquences et les transitions rythmant le parcours de vie; (2) l'institutionnalisation partielle; (3) les avantages et les désavantages cumulatifs des ressources. Dans le tableau suivant, ces sous-principes de la théorie du parcours de vie ainsi que les explications qui les soutiennent sont exposés.

Tableau 2
La théorie du parcours de vie et ses sous-principes fondateurs

Sous-principes	La description des sous-principes
Séquences de vie et rythme des transitions	Des changements faits à un rythme accéléré peuvent changer la trajectoire de vie de l'individu et comportent des risques de difficultés d'adaptation pour le sujet. Par exemple, le passage rapide d'une fin d'adolescence à la vie adulte (Mc Daniel et Bernard, 2011).
Institutionnalisation partielle	Selon ce sous-principe, les individus peuvent intégrer différentes contraintes temporelles de leur entourage (famille, amis, institutions). Ces contraintes s'entremêlent les unes aux autres et agissent sur eux indépendamment de leurs propres parcours (Kruger et Lévy, 2001).
Avantages et désavantages cumulatifs des ressources	Ce sous-principe suggère que les inégalités sociales, posées comme construction sociohistorique, agissent de façon matérielle dans la trajectoire des individus. Elles pénalisent inévitablement certains citoyens qui constatent que leur trajectoire est altérée par un processus social injuste (Ferraro & Shippee, 2009; Mc Daniel & Bernard, 2011; Bourdieu, 1986; Blane, Netuveli & Stone, 2007; Sapin & coll., 2007).

Malgré tout, les avantages et les inconvénients d'un parcours de vie ne sont pas nécessairement définitifs. Des événements soudains peuvent contrarier le parcours de vie des personnes nées dans une situation avantageuse (origines sociales favorables, conditions

de vie confortables, situations économiques ou de santé enviables, etc.). À l'inverse, ces évènements peuvent aider celles nées dans des situations défavorables. Dans ces deux cas de figure, les individus doivent rebâtir leur trajectoire en tenant compte de leur passé initial et leur actuelle capacité d'action (Hacker et Pierson, 2010).

3.4 Le principe *d'agentivité* retenu pour cette étude

Le principe d'agentivité de l'acteur paraît important à examiner dans le cadre de cette recherche. Ce principe, entre autres, met en relief la notion de contraintes et d'opportunités qui s'étendent sur le parcours de vie des individus. Les opportunités peuvent être considérées comme des soutiens sur lesquels un sujet peut compter à un moment de sa trajectoire (pendant un deuil) pour continuer son parcours de vie. En ce sens, le principe *d'agentivité* rejoint la question de recherche posée au début de ce document et dont une partie se préoccupe des soutiens (psychologique, spirituel, amical ou familial, etc.) disponibles (opportunités) ou non disponibles (contraintes) pour les personnes endeuillées d'un conjoint vivant en CHSLD et en RPA.

3.5 La théorie du parcours de vie et son application aux cas de personnes en deuil d'un conjoint

Les différents principes soutenant la théorie du parcours de vie nous permettront d'établir des liens entre l'expérience du décès d'un conjoint et la théorie du parcours de vie. Ils peuvent livrer des repères sur la façon dont certaines personnes âgées réagissent après le décès de leurs conjoints et montrer comment elles s'y prennent pour reconstruire

leurs vies. Pour Limosin, Manetti, Renè, et Schuster (2015), cette reconstruction passe par le réinvestissement dans des activités de socialisation visant à combattre la détresse et la dépression chez les personnes âgées. Cependant, la phase de réinvestissement présente d'importantes difficultés pour tout sujet âgé qui tente d'assurer une continuité psychique et sociale dans la reconstruction de son parcours de vie. Les difficultés ont trait à des inhibitions psychiques (sentiment de culpabilité, somatisation de son propre décès, douleur morale, etc.) présentes chez le sujet âgé en situation de changement de vie (Limosin, Manetti, Renè, et Schuster, 2015). Ici, le principe de la vie en développement (*life span development*) montre que ce développement peut s'opérer de façon négative si les soutiens nécessaires à cette période de transition ne sont pas présents. Les choix et les actions entreprises par l'endeuillé (*human agency*) pour l'obtention ou non du soutien l'orientent soit vers la solitude ou soit vers la poursuite de ses activités d'avant la perte (Bacqué, 2013). Ainsi, le contexte (*Time and place*) dans lequel le sujet âgé évolue (bonne relation avec pairs, voisinage, son médecin ou des membres de la famille) peut favoriser le processus du deuil chez lui (Bacqué, 2013). Toute situation de solitude peut lui être néfaste, car elle tend à briser la logique d'interdépendance relationnelle et sociale (*Linked lives*) de la vie humaine (Elder, Johnson et Crosnoe, 2004). Par ailleurs, rétablir l'équilibre dans sa vie après le décès d'un conjoint représente une phase de vie plus longue à traverser (*Timing*) pour les sujets âgés⁷ en situation de deuil et vivant seuls (Limosin et coll., 2015).

⁷ En raison de facteurs socioéconomiques (absence du conjoint, des amis, des enfants, détériorations physiques, démence, isolement, pauvreté, etc.), certains aînés sont considérés comme plus à risque d'être victimes de solitude que d'autres individus de profil socioéconomique plus enrichissant (Limosin et coll., 2015).

3.5.1 La pertinence de ce cadre théorique et l'opérationnalisation des concepts

La théorie du parcours de vie, par la possibilité qu'elle offre au chercheur d'avoir accès à l'histoire personnelle et à l'environnement immédiat du sujet, s'avère adéquate pour étudier le deuil d'un conjoint d'une personne âgée vivant en CHSLD et en RPA. À ce stade de sa vie, le sujet âgé encore en bonne santé cognitive, jouit d'un parcours de vie ponctué de contraintes (maladies physiques, pauvreté, mobilité réduite, deuil du conjoint, etc.) et d'opportunités (capacité de rebâtir des liens relationnels, aptitude à prendre des décisions de façon autonome, habiletés à exprimer ses besoins, etc.) qui déterminent la façon dont il s'y prend pour interpréter la réalité. La théorie du parcours de vie permet d'explorer ce chemin et de comprendre l'attitude de l'aîné face à la perte de son conjoint. Elle offre la possibilité de déterminer, à partir du discours du sujet, les éléments les plus significatifs du parcours de sa vie qui expliquent sa position actuelle face au décès de son conjoint. Par sa capacité d'offrir une vision globale du parcours de la personne (enfance, jeunesse, adulte, grand âge), cette théorie permet de constater les différentes sphères d'influence marquant la vie du sujet et qui déterminent ses orientations actuelles et futures. Par l'application de ce cadre théorique à la recherche, la théorie du parcours de vie permet de constater que les vies, en période de transition, sont soumises à de grands moments d'instabilités, plus ou moins longs selon des sujets, nécessitant de l'aide, du support, des ajustements et des compromis dans le but de retrouver l'équilibre d'avant la perte (Gherghel et Saint-Jacques, 2013). Le tableau suivant présente l'opérationnalisation des principes de la théorie du parcours de vie sur l'aîné endeuillé du décès d'un conjoint.

Tableau 3
L'opérationnalisation des principes de la théorie du parcours de vie

Principes	Opérationnalisation
Life span developpement	Par la description que fait l'aîné des différents stades de développement et de transition de sa vie (enfance, adolescence, âge adulte et grand âge), ce principe permet de vérifier s'il a reçu ou n'a pas reçu du soutien pendant ces périodes, particulièrement pendant celle liée au décès de son conjoint. Si son discours indique qu'il n'a pas bénéficié de soutien pendant ces périodes, alors il faut conclure que son développement s'est opéré de façon négative.
Human agency	Par la description des conséquences actuelles des choix du sujet (vivre dans la solitude ou reprise des activités d'avant la perte) en termes de démarches effectuées ou non effectuées pour l'obtention du soutien pendant cette période de transition dans sa vie, il faut conclure qu'il choisit de vivre dans la solitude ou qu'il reprend ou tente de reprendre ses habitudes de vie d'avant la perte du conjoint.
Time and place	Par la description que fait l'aîné de la période, du lieu, du contexte de la perte de son conjoint et du soutien qu'il n'a pas reçu ou qu'il a reçu de son entourage, il faut conclure qu'il a connu un deuil difficile ou au contraire, l'accompagnement reçu a contribué à faciliter son deuil.
Linked lives	La description que fait l'aîné des liens relationnels de soutien ou d'absence de soutien avec son entourage (parentaux, amicaux, professionnels, etc.) avant, pendant et après le décès, peut amener à juger de l'influence de ces liens relationnels sur sa vie et à conclure que son deuil lui plonge dans l'isolement social ou ne le pénalise en rien.
Timing	Par la description faite par l'aîné de la période durant laquelle le décès est survenu et par des précisions qu'il amène sur ses capacités de faire face à l'adversité dans l'avancée en âge, il faut conclure qu'il n'a pas bénéficié du soutien de son entourage (descendance, proches aidants, institutions) et que son deuil est difficile à traverser ou au contraire, qu'il a su rétablir l'équilibre dans sa vie après le décès de son conjoint avec de l'aide de son entourage.

3.6 L'importance des principes de la théorie du parcours de vie dans la compréhension des trajectoires des participants à cette recherche

Les principes de la théorie du parcours de vie desquels est issu le canevas des entrevues peuvent se montrer de premières importances dans la compréhension des différentes trajectoires de vie des personnes rencontrées.

Le principe de *Life span development* peut permettre de comprendre comment le développement des aînés rencontrés s'est opéré après le décès de leurs conjoints. L'absence ou la présence de soutien dont certains des répondants bénéficient pendant la période du deuil peut amener au constat que leur développement s'est opéré de façon négative ou positive.

Le principe de *Human agency* peut permettre de retenir, selon la description des conséquences actuelles du décès du conjoint sur la vie des répondants, que certains ont choisi de vivre dans la solitude ou dans l'isolement en refusant d'effectuer des démarches pour l'obtention de tout soutien pendant cette période de transition, alors que d'autres ont fait le contraire. Ceux ayant fait des démarches pour bénéficier du soutien (des enfants, des amis, de la famille ou du réseau social, etc.) peuvent conserver les mêmes habitudes de vie d'avant la perte du conjoint ou, dans certains cas, peuvent manifester le désir de modifier certains aspects de leur trajectoire sentimentale.

Le principe de *Time and place* c'est-à-dire la période, le lieu et le contexte de la perte du conjoint ainsi que la qualité des liens relationnels que l'aînée entretient avec son

entourage (famille, voisins, ressources communautaires, églises, mosquées ou synagogues, etc.) pendant la période du deuil, peut indiquer si les répondants ont connu un deuil plutôt facile.

Le principe de *Linked lives* peut permettre de juger de l'influence que les liens de soutien relationnel avec des professionnels, des parents, des enfants ou des amis, peuvent avoir sur les sujets de cette recherche.

Le principe de *Timing* peut montrer si les répondants ont fait preuve de grande capacité d'adaptation au deuil du conjoint en prenant appui sur l'entourage (proches aidants, professionnels divers). Ce principe peut montrer si les aînés ont pu rétablir l'équilibre dans leur vie après le décès du conjoint.

CHAPITRE IV
LA MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente la méthodologie utilisée dans le cadre de cette recherche. Il précise le type de recherche appliquée, la population étudiée et énonce l'échantillon retenu. De plus, la procédure de recrutement des participants, la méthode de collectes des données ainsi que leur analyse y sont expliquées. Des considérations éthiques en lien avec cette recherche sont présentées plus loin.

4.1 Le type de recherche appliquée

Dans ce mémoire, la recherche qualitative, axée sur le récit de vie, est utilisée. Cette méthode s'inscrit dans les approches narratives. Verhesschen (2006) en note trois : recherche narrative; recherche d'enquête; recherche autobiographique. Cette méthode de recherche comporte à la fois une fonction d'analyse des données (récits de vie) et une fonction d'analyse des résultats de la recherche (Verhesschen, 2006). Dans le récit de vie, le chercheur s'intéresse surtout au sens que la personne accorde aux différents événements ponctuant son parcours de vie (Alami, Desjeux et Garabau-Moussaoui, 2009, Lamoureux, 2006). Cette recherche explore le phénomène du deuil, événement marquant dans le parcours de vie d'un conjoint d'une personne âgée vivant dans un CHSLD et dans une RPA.

Elle vise à mieux comprendre quel sens la personne âgée donne à cette perte et comment elle s'y prend pour réorganiser son parcours de vie.

4.2 La population visée

Afin de circonscrire le profil des répondants en fonction de la question de recherche, les deux critères d'inclusion suivants caractérisent la population retenue :

- Être veufs ou veuves d'un conjoint et être hébergés en CHSLD ou en RPA.
- Être apte à participer à une entrevue.

4.3 L'échantillonnage par homogénéisation

L'échantillon vient d'un groupe restreint et homogène d'individus. A partir d'une liste de toutes les unités susceptibles d'être étudiées, des participants volontaires ont été retenus. La population choisie présente certaines caractéristiques communes précises (en deuil du décès d'un conjoint, vivant dans un CHSLD et dans une RPA). Tous les participants à l'étude sont des volontaires, ouverts à partager leur expérience de vie, malgré le caractère intime des échanges. Les rencontres ont lieu dans deux milieux de vie (un CHSLD, une RPA). Compte tenu des difficultés de recrutement en lien avec la santé physique et cognitive des usagers du CHSLD, nous y avons collecté que huit témoignages de répondants volontaires. Pour bonifier l'échantillon et l'augmenter à 10 participants, nous avons pu recruter deux autres personnes dans une RPA.

4.4 Procédure de recrutement des participants

Le recrutement des participants à la recherche a été facilité grâce à la collaboration d'un CHSLD et d'une RPA. Par des appels téléphoniques logés aux responsables de ces établissements, nous avons manifesté notre souhait de conduire une recherche portant sur le thème du deuil d'un conjoint vivant dans un CHSLD et dans une RPA. Des rencontres d'exploration de possibilités de réaliser ce projet de recherche ont été organisées avec les responsables de ces milieux de vie. Le but visait à expliquer le projet et à examiner sa faisabilité dans ces institutions. Lors de ces rencontres, des questions d'éthique et de confidentialité en lien avec la recherche ont été abordées et des précisions ont été données. Après les discussions, l'accès aux résidents volontaires pour participer à l'étude était devenu conditionnel à l'obtention du certificat d'éthique, délivré par le Comité d'éthique et de la recherche sur les êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Après ces rencontres, un document explicatif donnant des précisions supplémentaires sur les différentes étapes du déroulement du projet de recherche, sur nos attentes, nos engagements ainsi nos responsabilités auprès des volontaires, a été envoyé par courriel aux responsables du CHSLD et de la RPA mentionnés plus haut. De là, de l'information sur le projet de recherche auprès des usagers du CHSLD et de la RPA s'est mise à circuler, grâce au dévouement de différentes personnes collaboratrices au projet de recherche (responsable des unités de vie, infirmières, etc.). Un document de publicité visant à recruter des participants pour la recherche avait été remis à ces responsables qui ont fait le déplacement dans les chambres (dans le cas du CHSLD) pour promouvoir le projet auprès

des résidents et qui, (dans le cas de la RPA), l'ont expliqué au bureau de santé à des locataires afin de solliciter leur participation pour cette recherche. La responsable des unités de vie du CHSLD avait joué également un rôle de liaison entre l'étudiant-chercheur et les membres du personnel soignant (préposées aux bénéficiaires, infirmières, médecins, intervenants en soins spirituels, ergothérapeutes, etc.) afin de les mettre au courant du projet de recherche et d'y solliciter leur collaboration. Le certificat d'éthique, une fois obtenu, a été acheminé aux responsables du CHSLD. Une copie avait été remise au bureau de santé de la RPA. De là, une liste de volontaires potentiels nous avait été envoyée par courriels par la responsable des unités de vie du CHSLD. Pour la RPA, le recrutement des volontaires a été facilité par l'infirmière du bureau de santé de ce milieu de vie.

4.5 Méthode de collecte de données

Avant chaque entretien, nous avons pris le temps de bien informer la personne participante sur les différents aspects de la recherche. À partir de la lecture du document de publicité pour la recherche, du formulaire de consentement, du document portant sur les règles éthiques et de confidentialité, les participants ont pu obtenir toute l'information en lien avec leur participation à la recherche. Des questions de clarification, posées par certains d'entre eux ont été répondues le plus clairement possible. Ce n'est qu'après ce processus d'information et d'obtention de la signature des participants, attestant de leur consentement libre et éclairé de participer à la recherche, que nous avons pu procéder à l'enregistrement des données de l'entretien. Trois répondants du CHSLD nous ont demandé de prendre des notes plutôt que de nous accorder la permission d'enregistrer la conversation sur du matériel

audio. Deux d'entre eux ont fait valoir qu'ils ne souhaitaient pas que leurs voix soient entendues par d'autres personnes. Une troisième affirmait qu'elle ne désirait pas que sa voix soit encore disponible sur du matériel audio après sa mort. Lors des entretiens semi-structurés, les participants ont été invités à répondre à des questions issues d'un questionnaire construit pour obtenir des réponses sur trois aspects de leurs parcours de vie : (1) contexte personnel de la vie du sujet, (2) impacts du décès du conjoint sur le sujet, (3) modification du parcours de vie du sujet après le décès de son conjoint. Dans tous les cas, le contenu des conversations enregistré ou non enregistré sur du matériel audio a été retranscrit sous forme de texte, afin de mieux comprendre et de mieux analyser les données recueillies.

4.6 Le profil des participants

Le recrutement des personnes participantes à cette recherche s'est fait dans un contexte de grandes difficultés. La responsable des soins infirmiers du CHSLD nous avait indiqué dans une correspondance électronique que l'objectif de départ d'interroger dix répondants était très ambitieux, compte tenu de l'état de santé physique et cognitive de la présente clientèle, très fragilisée dans l'avancée en âge. Cependant, onze personnes ont manifesté le désir de contribuer à l'avancement des connaissances concernant le deuil et la réorganisation des parcours de vie de personnes veuves vivant dans ce CHSLD. De ce nombre, trois personnes (deux femmes et un homme) ont dû être exclues pour des raisons de non-compatibilité aux critères de la recherche. Dans le premier cas, la résidente a changé d'avis. Dans le deuxième cas, une erreur dans le processus de recrutement s'est produite.

L'épouse de la personne est encore vivante. La troisième personne était trop malade la journée de l'entretien pour y participer.

4.7 L'analyse thématique des données recueillies

L'analyse thématique vise à interpréter les résultats de données qualitatives recueillies lors d'une recherche. Dans l'analyse thématique, l'interprétation des résultats se situe entre deux extrémités, soient la rigueur de l'objectivité et la fécondité de la subjectivité (Bardin, 1977). Dans tous les cas, le processus d'analyse thématique fait appel à des procédés de réduction des données recueillies afin de mieux les analyser (Paillé, 2012). Cela implique de codifier les entretiens afin de dégager des thèmes communs, des sous-thèmes ou des thèmes émergents surprenants. Tesch (1990) présente l'analyse de données qualitatives comme un processus requérant un effort d'identification de thèmes, d'hypothèses, de clarification des données et d'établissement de corrélations entre eux. Cette stratégie vise à comprendre, à l'aide de la thématization, ce qui ressort de fondamental dans les entretiens. Trois étapes chronologiques structurent l'analyse thématique : la pré-analyse; l'exploration du matériel; le traitement, l'inférence et l'interprétation des données brutes.

La pré-analyse :

Cette étape vise à organiser les idées et les intuitions premières, issues des données recueillies, dans une tentative de les rendre opérationnelles en vue d'aboutir à un plan d'analyse. Plusieurs auteurs (Robert & Bouillaguet, 1997; Savoie-Zajc, 2000) mentionnent

que la pré-analyse comprend trois phases : le choix des extraits d'entretiens ou des documents à analyser; l'émission des hypothèses; l'élaboration et la rétention des indicateurs pouvant servir à interpréter les résultats finaux. En réalité, il s'agit d'organiser l'information à partir de plusieurs étapes (le choix des documents; la lecture flottante; la formulation des hypothèses; le repérage des indices; la préparation du matériel, etc.). Dans le choix des documents, l'analyste établit un premier contact avec son matériau pour déterminer les parties ou extraits les plus susceptibles de lui permettre de tirer de l'information substantielle à analyser (Robert & Bouillaguet, 1997). Dans l'étape de la lecture flottante, l'analyste prend connaissance des documents à analyser. Il construit l'objet de la recherche et détermine le champ à investiguer. L'exercice consiste à lire et à relire les données afin de tenter d'en extraire le message sous-jacent (Savoie-Zajc, 2000). Pour l'étape de la formulation des hypothèses, le chercheur reprend un à un les épisodes d'observation et y associe le thème dominant. Il regroupe les thèmes semblables afin d'en déterminer le sens. À ce stade, il peut se référer à son cadre théorique pour l'établissement de liens entre la théorie et ses observations pratiques (Savoie-Zajc, 2000). En ce qui a trait au repérage des indices et à l'élaboration des indicateurs, l'analyste choisit les indices de son corpus en fonction des hypothèses émises préalablement. De là, et de manière systématique, il les organise sous forme d'indicateurs précis et fiables (Bardin, 1977). Enfin, la préparation du matériel implique que le chercheur se lance dans une opération de découpage de son corpus. Il classe les parties découpées en unités comparables ou en catégorisation afin de faciliter l'analyse thématique. Il s'agit d'une «décontextualisation» du matériel pour regrouper en thèmes les parties détachées (Savoie-Zajc, 2000).

L'exploitation du matériau :

Dans l'étape de l'exploitation du matériau, le chercheur tente d'appliquer à son corpus une signification élargie de la problématique à l'étude, sans toutefois dénaturer le contenu initial (Robert et Bouillaguet, 1997). C'est dans cette phase que l'analyste procède au codage de son corpus. La phase de l'exploitation du matériau comporte deux étapes : l'opération de catégorisation et le codage. Bardin (1977) précise que l'opération de catégorisation vise la classification, dans une grille d'analyse, des éléments possédant des critères communs sous un titre générique. D'autre part, c'est le codage qui permet de remplir les grilles d'analyse d'unités d'enregistrement retenus. Les unités d'enregistrement retenus réfèrent aux sections de contenus retenus par le chercheur en vue de mener à bien son analyse (Robert et Bouillaguet, 1997).

Le traitement, l'interprétation et l'inférence :

Dans cette phase, les données brutes sont traitées par le chercheur. Son souci principal consiste à trouver la meilleure façon de les présenter pour qu'elles soient significatives et valides d'un point de vue scientifique (Bardin, 1977). Les résultats exprimés en pourcentages, en analyses factorielles, en tableaux, en diagrammes ou en figures, viennent mettre en exergue des informations découvertes par l'analyste. Par souci de rigueur scientifique, ces résultats peuvent être soumis à des épreuves statistiques ou à des tests de validité (Bardin, 1977). Ce n'est qu'après cette étape que le chercheur peut avancer des interprétations à propos de son matériau issu de la cueillette de données. Robert et Bouillaguet (1997) précisent que l'interprétation des résultats renvoie vers la

catégorisation établie préalablement par le chercheur. Il s'y réfère pour avoir une lecture objective du matériau à l'étude, mais aussi pour évaluer la valeur des hypothèses émises. Pour sa part, l'inférence, en tant qu'outil d'interprétation d'opérations logiques permettant de justifier la validité des résultats de la recherche, est essentielle en analyse de contenu (Bardin, 1977). Pour analyser les données, la méthode de Bardin (1977) a été retenue.

4.8 Préoccupations éthiques de cette recherche

Pour respecter les prescrits éthiques en recherche avec les êtres humains, les personnes recrutées ont participé à cette recherche⁸ de façon libre et sans contraintes. Le formulaire de consentement lu et expliqué aux participants a facilité la compréhension de notre démarche et les a familiarisées avec les aspects de confidentialité des données recueillies. Pour pallier aux éventuelles difficultés émotionnelles auxquelles le sujet aurait pu faire face en parlant du décès de son conjoint, nous avons, en conformité avec les prescrits éthiques du Comité éthique de l'Université du Québec en Outaouais, pris les dispositions pour répondre à cette éventualité. Une personne-ressource du CHSLD avait été mobilisée pour intervenir et donner du soutien psychologique au besoin.

D'autres parts, le questionnaire avait été bâti de façon à minimiser les risques que le sujet donne accès à des données sensibles et non pertinentes aux fins de cette recherche. Les informations obtenues, retransmises sous forme de texte, ne peuvent en aucun cas

⁸ Voir l'annexe B : Formulaire de consentement.

conduire à l'identification des personnes interrogées. Ces fichiers-textes sont gardés dans une clé USB et sont déposés sur le bureau d'un ordinateur personnel, dont l'ouverture est protégée par un mot de passe. Les prénoms ou les noms de famille n'apparaissent pas dans les transcriptions. Seul un code attribué à chaque cas étudié permet au chercheur-étudiant ainsi qu'aux professeurs et chercheurs de l'Université du Québec de lire l'histoire du parcours de vie du participant à la recherche.

Les résultats de cette recherche ont été utilisés que pour compléter la rédaction de ce mémoire de recherche, disponible sur le site de la bibliothèque de l'Université du Québec en Outaouais. Aucun nom de personnes rencontrées n'y figure. Les données ont été recueillies et analysées dans le respect des règles éthiques en recherche avec les êtres humains.

CHAPITRE V
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

La présentation des résultats a pour but de mettre en exergue les différents thèmes issus des témoignages de participants évoluant dans un CHSLD et dans une RPA, se prononçant sur la façon dont le deuil de leurs conjoints affecte leur parcours de vie. Les résultats touchent trois aspects fondamentaux de l'expérience de la perte et du deuil du conjoint : leur perception du deuil; l'apport des proches aidants pour faciliter cette transition; leur appréciation du niveau de services reçus dans le CHSLD et dans la RPA. Les témoignages présentés dans ce chapitre indiquent, entre autres, les différentes stratégies (contournement de contraintes, exploitation des opportunités) adoptées par les aînés pour passer à travers les différentes étapes du deuil. Afin de mieux comprendre la population étudiée, le portrait sociodémographique des participants est présenté dans le tableau suivant.

Tableau 4
Portrait sociodémographique de la population étudiée

Pseudo nyme	Âge	État civil	Nombre d'enfants	Âge du conjoint décédé	Type de décès	Date du décès	Soutien reçu	Soutien offert par
P1	92	Veuve	6	Ne sait pas	Maladie	Ne sait pas	Oui	Enfants
P2	77	Veuve	0	80	Maladie	Ne sait pas	Non	S/O
P3	80	Veuve	4	80	Maladie	Ne sait pas	Oui	Enfants
P4	75	Veuve	1	70	Maladie	2017	Oui	Enfants et prêtre du CHSLD
P5	92	Veuve	4	80	Maladie	Ne sait pas	Oui	Enfants
P6	75	Veuve	3	67	Maladie	2015	Oui	Enfants
P7	77	Veuve	3	79	Maladie	2016	Oui	Enfants
P8	83	Veuve	1	86	Accident	2016	Oui	Enfants et prêtre du CHSLD
P9	71	Veuf	0	76	Maladie	2014	Oui	Amis
P10	92	Veuf	2	91	Maladie	2017	Oui	Enfants et amis

5.1 La perception du deuil chez la population étudiée

Les témoignages montrent que la perte du conjoint produit un choc sur les aînés et que ce choc est perçu comme une période de transition traumatisante à vivre dans la majorité des cas. Cependant, le temps se présente comme un facteur d'atténuation des souffrances et a pu jouer en faveur de certains d'entre eux. En d'autres termes, plus la date du décès du conjoint est éloignée dans le temps, plus le deuil paraît facile à vivre. Cette répondante indique que son deuil, difficile au début, tire à sa fin et que le temps a atténué la douleur provoquée par le décès de son conjoint.

« Ça fait quand même au moins quatre ans qu'il est mort-là. »

(P6, femme de 75 ans, vivant en CHSLD depuis deux ans).

Pour aborder le caractère traumatisant et douloureux d'un deuil qui dure encore plusieurs années plus tard, cette répondante décrit son expérience comme pénible et la perçoit comme une transition qu'il faut prendre avec philosophie.

« C'est rare quand on perd une personne chère que cela ne nous fait rien. Même si on ne veut pas le dire. Oui, ça m'a fait de la peine. Il est décédé comme tant d'autres. Ça fait quelques années. Plusieurs années. On ne peut pas dire que c'est de maladie. À un certain âge! Qu'est-ce que tu veux? Il faut passer par là. Mon tour viendra. Il y a ça de juste. Il est décédé. Ça fait longtemps. Je m'en souviens même plus quand. Ça fait longtemps. J'ai de grands enfants maintenant. J'ai fini d'élever mes enfants. »

(P1, femme de 92 ans, vivant en CHSLD depuis 1 an).

La mort attendue du conjoint de longue date de cette répondante et le deuil qui s'en suit, sont perçus comme des événements douloureux, mais qui doivent être surmontés pour continuer sa vie.

« Je m'attendais à ce qu'il décède un jour. Je n'étais pas trop surprise. Il a eu une opération et il est décédé. J'étais seule ici [dans le CHSLD]. On était marié depuis 50 ans. Après son décès, je fais activités [à l'extérieur du CHSLD]. Ma santé physique, mentale ça va bien. Je magasine, je continue, c'est la vie. Je fais des activités. Je vais aux magasins, je mange aux restaurants, des personnes me parlent, disons, je m'en sors plutôt bien. »

(P2, 77 ans, veuve, vivant en CHSLD depuis 2 ans).

Les événements provoquant la transition que sont le décès et le deuil du conjoint peuvent aussi être perçus comme un soulagement, dans un contexte marqué par la colère que cette répondante exprime contre le conjoint décédé qu'elle accuse d'avoir commis, de son vivant, des abus financiers contre sa personne. Des stratégies pour atténuer la solitude induite par le départ de l'autre sont adoptées.

« Ma séparation [décès de son mari] avec lui ne m'a pas du tout affecté. Quand il est parti, j'ai dit bon débarras. J'étais contente. Deuil? non. Pas eu de deuil. J'avais une maison. Je l'ai vendu. Hey! mon ami, il a pris tout l'argent. Lui, il a eu l'argent et moi, je n'ai rien eu. Pour passer la journée, je regarde ça-là [TV]. Je vais magasiner. Oui, ah! Oui. Ça, j'aime ça. »

(P3, 80 ans, veuve vivant en CHSLD depuis 12 ans).

Ce témoignage d'une résidente du CHSLD vient renforcer la perception du deuil vécu comme un événement pas forcément négatif dans la vie de certains individus, malgré la peine et les inconvénients qu'il peut provoquer au tout début. Le recours aux différentes stratégies est évoqué pour franchir cette transition.

« Il est heureux. Mort subite. Fini, il est chanceux. Pas besoin de venir en CHSLD. Arrêt cardiaque. Il vivait en appartement. Il est tombé en bas de sa chaise. Je vivais ici [CHSLD]. C'est ma fille qui est venue m'annoncer la nouvelle. J'ai eu de la peine, beaucoup de peine. Mais je me suis remonté assez vite. J'ai des fréquentations. J'aime le monde. J'ai toujours été comme ça. Ici, je parle avec quelques-uns. Ils sont en fauteuil roulant. Le décès de mon mari n'a plus d'impact sur moi. J'ai fait mon deuil. Ma santé est bonne. J'ai toujours bien été. J'ai toute ma tête. Pour continuer à vivre après son décès? Hier je regardais dehors et j'ai trouvé la nature belle. Ça m'a tenu proche du monde. »

(P4, 75 ans, veuve, vivant en CHSLD depuis 6 ans).

Pour ce répondant vivant dans une RPA, les souvenirs de sa conjointe décédée habitent encore son esprit. Cet événement représente un handicap majeur à toute tentative de réorganisation d'une nouvelle vie conjugale, comme il le rapporte dans le témoignage suivant.

« C'était triste parce que sa nièce est assise là, et moi, je suis assis là. Et puis on [le personnel médical] dit on va la débrancher. La claque et là je l'ai eu en maudit. Là j'ai pleuré. Ils l'ont exposé pendant deux jours, je pense. Et là, on l'a enterrée. Je n'ai même pas pu me rendre en avant à l'église. Moi, suis, eh! Moi j'ai le cœur très sensible, je n'ai pas ces genres de cérémonies. Je n'aime pas la messe. Je n'ai pas été. J'ai dit à mon beau-frère, moi je ne vais pas là c'est pas vrai. C'était le 14 février. La première année-là ça m'a toujours resté dans la tête. Toutes les années le 14 février, je suis deux jours à être brailleux. J'ai perdu une bonne personne et c'est très compliqué. Je fais le bout présentement, mais c'est très compliqué de refaire sa vie. Avec le temps, c'est très difficile de s'occuper d'une autre personne. C'est très difficile. »

(P9, 71 ans, veuf, vivant en RPA depuis 5 ans).

Pour ce répondant vivant dans une RPA, le souvenir de son épouse, son vécu conjugal et ses enfants l'empêchent de se lancer dans une nouvelle relation. Comme il relate dans le témoignage suivant, il se dissocie de potentielles relations conjugales.

« Là-bas à l'hébergement [CHSLD où résidait sa conjointe avant son décès] il y avait une jeune préposée aux bénéficiaires. On aurait dit qu'elle s'était attachée à moi là. Pas laide, une femme pas laide, une belle femme. J'ai dit écoute moi bien toi là. Tu restes dans ton milieu là. Je n'ai jamais parlé d'amour avec elle, rien. Mais, je voyais que... tu sais on s'aperçoit du monde, il s'attache un peu là. Moi, je m'attache avec personne là. Je ne cache pas de dire que je me souviens de ma femme. Ça c'est que quand je barre la porte le soir je suis tout seul. Ça fait que (...) j'en ai connu [des hommes] qui ont des problèmes. Ils sont accotés avec des femmes. Ça vient que ça ne fonctionne pas. C'est un paquet de troubles, mais oui. Parce qu'ils disent en anglais, montre-moi une femme, show me a woman I show you trouble. Je n'ai pas d'orientation envers les femmes. Pas plus envers les hommes là. Moi, c'est régulier là, ma femme et mes enfants.

(P10, homme de 92 ans vivant en RPA depuis 18 ans).

Pour cette répondante, entretenir des relations amicales ne constitue pas une priorité dans sa vie après le décès de son conjoint. Elle avoue sa préférence de vivre son deuil en retrait. Son témoignage révèle un deuil difficile.

« Oh, je ne sors pas beaucoup. Je n'aime pas le monde. Avec mon mari c'était le fun, j'avais lui avec moi, mais avec eux autres [les autres résidents de son étage] je ne les fais pas confiance. Ce qui fait que je reste ici [sa chambre]. Les amis, ça a pas mal diminué, je dirais. Déjà je n'avais pas beaucoup et ici, ça me tente pas de parler avec eux autres. Moi, je préfère vivre ici [dans sa chambre]. Je n'aime pas me mêler avec le monde. Je n'ai pas d'amis. Je me suis habitué à ne pas en avoir. Depuis qu'il est parti [le décès du conjoint] cela ne va pas là-dedans [sa tête]. Je ne sais pas ce qui se passe, mais je ne me sens pas bien. J'ai même fait une dépression. On m'a donné des pilules, mais ce n'est pas comme avant [avant le décès de son mari]. Depuis qu'il est parti je ne mange plus comme avant, je suis toujours triste, j'ai souvent mal au ventre et souvent je n'ai pas faim. Ce qui fait que je ne mange pas. L'infirmière me dit il faut que tu manges pour prendre des forces. Et quand je ne mange pas je tombe malade. Avant tout allait bien. Je mangeais, je n'avais pas de dépression, ces affaires-là. Je ne venais jamais à l'hôpital. J'ai reculée certain dans ma tête. De l'aide du CHSLD? J'en ai pas demandé.»

(P7, femme de 77 ans, vivant en CHSLD depuis 2 ans).

Ainsi, la perception du deuil et la nouvelle réalité induite par l'absence de l'autre, créent un espace de transition dans lequel l'endeuillé doit développer des mécanismes d'adaptation et d'ajustement pour continuer son parcours de vie. Afin de pallier les effets négatifs de la rupture de solides liens d'affectivité établis avec l'autre sur une longue période de temps, il tentera de minimiser les obstacles du décès en essayant de tirer profit des opportunités environnementales que représentent les proches aidants auprès de lui.

5.2 L'apport des proches aidants dans le deuil des aînés

En ce qui a trait au soutien dont les aînés ont pu bénéficier pour passer à travers le deuil du conjoint, l'apport des proches aidants a été bénéfique pour la grande majorité de ces personnes. Dans la majorité des cas, c'est la descendance de ces aînés, constituée par autant d'hommes que de femmes, qui a assumé cette responsabilité. Par une présence régulière et active auprès de leurs parents âgés, ces proches aidants ont soutenu ces personnes âgées à plusieurs niveaux (visites régulières et assidues, aide à la gestion des finances personnelles, soutien moral et affectif, appui aux décisions testamentaires ou médicales, achat de linge en fonction des saisons, etc.). Les témoignages suivants relatent l'aide obtenue par les aînés en matière de gestion de leur patrimoine. Cette participante n'y cache pas sa satisfaction et manifeste la confiance placée dans son fils pour gérer ses finances.

« Mon fils voit à mes affaires. Je n'ai pas de soucis financiers là. Je ne peux pas dépenser sans vergogne, mais quand même. Je n'ai pas de souci. »

(P6, veuve, vivant en CHSLD).

Dans le prochain témoignage, l'ainée présente son fils comme celui qui prend le relais dans la gestion de ses ressources financières.

« Avec lui [le mari décédé] ça allait. Maintenant ça va aussi. Je ne manque de rien. Mon fils est là pour m'aider »

(P7, veuve, vivant en CHSLD).

La situation est similaire pour cette répondante qui fait confiance à sa fille pour la gestion de sa situation financière.

« Je n'ai pas à me plaindre. Ça va [sa situation financière]. Ma fille paye mes affaires. J'ai tout ce que je veux. Ça va. »

(P8, veuve, vivant en CHSLD).

Une mère a même été hébergée par son fils dans les premiers temps du décès de son conjoint. Le témoignage suivant montre que l'apport de ce proche aidant est d'une extrême importance et est grandement apprécié par cette répondante.

« C'est mon fils qui est venu m'annoncer la nouvelle [du décès]. Je ne savais plus quoi faire. Mon fils a vu ça, il m'a dit maman, tu viens avec moi à la maison. Avec mon fils ça va très bien. Lui, il s'est toujours inquiété pour moi. Il veut toujours savoir si je vais bien, si tout va bien, si j'ai besoin de quelque chose. J'aime beaucoup mon garçon»,

(P7, femme de 77 ans vivant en CHSLD).

Dans les témoignages présentés plus haut, l'apport des proches-aidants paraît essentiel dans le maintien de l'équilibre émotionnel des aînés pendant la période du deuil. Dans les témoignages qui suivent, ils perçoivent le soutien moral reçu comme un élément fondamental pendant cette période de transition.

5.3 La perception des répondants du soutien moral reçu en période de deuil

Connu pour être éprouvant, le décès d'un proche entraîne souvent de la tristesse chez l'endeuillé. De la gestion du patrimoine du défunt à l'angoisse induite par la perte d'un compagnon de vie; de la désorganisation de la routine de vie à l'incertitude de l'avenir, ces personnes pour la plupart déjà fragilisées par l'avancée en âge, ont besoin de soutien pour passer à travers la transition du deuil. Comme on peut le constater dans le témoignage suivant, le soutien moral est toujours bien accueilli en période de deuil. Cette répondante reconnaît l'importance du soutien de son entourage.

« Du soutien, on a toujours besoin. Entre parents, amis et enfants, tout et tout là. J'ai de grands enfants. J'en ai cinq. Cinq filles et un garçon. Ça va très bien. »

(P1, femme de 92 ans, vivant en CHSLD depuis 1 an).

De plus, selon ce témoignage recueilli, plus la personne est isolée, plus le soutien moral paraît précieux à ses yeux.

« Oui, je restais à Montréal, mais mes parents restaient à Drummondville. On n'avait pas vraiment de bonnes relations. Mon mari et moi, on n'a pas eu d'enfants. J'étais seul ici [dans le CHSLD au décès de son mari]. J'ai seulement une nièce qui vient me voir. Elle reste à Québec. Elle vient me voir une fois à toutes les trois semaines. J'apprécie beaucoup »

(P2, femme de 77 ans, vivant en CHSLD depuis 2 ans).

Cette répondante perçoit le soutien moral reçu de ses enfants comme étant adéquat au cours de son cheminement du deuil de son conjoint.

« Mes enfants là. Oui. J'en ai quatre. Une fille et trois gars. Un d'entre eux est parti loin et les autres, ils sont corrects avec moi, c'est correct. »

(P3 femme de 80 ans, vivant en CHSLD depuis 12 ans).

Dans ce témoignage, l'ainée perçoit les visites de sa fille comme un geste de reconnaissance de ce qu'elle lui a donné à l'enfance.

« Ma fille vient me voir une fois par semaine. Le mardi. C'est une bonne relation. Ma fille est fine avec moi. Elle est intelligente. Je [lui ai] donné tout ce que je pouvais. J'étais enseignante au secondaire. Ma paye y passait. »

(P4, femme de 75 ans, vivant en CHSLD depuis 6 ans).

Dans le témoignage suivant, la répondante perçoit sa relation avec les enfants comme de premières importances dans le soutien moral pour surmonter son deuil. La proximité des lieux de son hébergement avec ceux de ses enfants est perçue comme élément facilitateur du soutien moral.

« J'ai trois enfants. Ils demeurent tout près d'ici [du CHSLD]. Ma relation avec eux est super dooper. Pour passer à travers mon deuil, j'ai eu mes enfants, ma vie familiale, oui. Mes trois enfants viennent me voir une fois par semaine. Ils viennent chacun leur tour. »

(P6, femme de 75 ans, vivant en CHSLD depuis 2 ans).

Selon la perception du soutien moral obtenu de son fils, cette participante présente la relation avec ce dernier comme essentielle à son rétablissement du deuil de son conjoint.

« Mon fils m'aide beaucoup. Je peux compter sur lui pour tout ce que j'ai besoin. »

(P7, femme de 77 ans, vivant en CHSLD depuis 2 ans).

En situation de deuil, le soutien de proches paraît urgent et d'une grande importance pour cette répondante qui reconnaît ses bienfaits.

« Oh, oui, oh, oui. Pis j'en avais besoin [besoin de soutien]. Ma fille me parlait tout le temps. Elle voyait que je n'allais pas bien. Elle me sortait. On faisait des affaires ensemble. Une couple d'amis m'ont supporté aussi. Ils disaient prend ton temps, tu verras ça va s'arranger. Ils me disaient toute sorte d'affaires pour m'encourager. Puis ici, une personne, prêtre je crois [allusion à l'intervenant spirituel du CHSLD qui est aussi prêtre de formation] est venue me parler. Ça a fait du bien.

(P8, 83 ans, vivant en CHSLD depuis 2 ans).

Selon le témoignage de ce répondant, des amis ainsi que des activités de socialisation, lui ont aidé à passer à travers l'épreuve du deuil. Ainsi, avec ce soutien amical, il perçoit son deuil plus facile à vivre.

«J'étais avec elle [la conjointe décédée], on était invité au Confort [nom d'une autre RPA proche de sa demeure], par ci par là. On avait beaucoup d'amis-là. Et quand elle a lâché, quand elle est décédée, le même monde m'appelait pareil, j'avais une certaine liste sur mon chose [son téléphone cellulaire]. Je connais une fille de l'autre côté [Le Confort], et elle, elle faisait des soupers n'importe quoi. Elle a continué à m'appeler, elle dit Robert vient ici, telle place, telle place.»

(P9, homme de 71 ans, vivant en RAP depuis 5 ans).

Ce répondant perçoit sa relation avec ses filles comme un bon soutien moral pour avancer dans son processus de deuil.

« Ah! Oui, mes filles. Elles viennent me voir de temps en temps. Samedi on a soupé avec des amis ensemble là. Elles viennent me chercher. Les filles-là et des amis ici et là, des connaissances qu'on a. »

(P10, homme de 92 ans, vivant en RPA depuis 18 ans).

À la lumière de ces témoignages, nous sommes arrivés à la conclusion que le deuil de ces personnes est essentiellement affectif. Selon Bacqué & Hanus (2016), le deuil affectif est un état de chagrin et de douleur que l'on ressent après le décès d'un être cher. Cet état de chagrin peut canaliser certains endeuillés vers le recours à une forme quelconque de soutien venant de proches aidants ou de professionnels (psychologues, psychoéducateurs, travailleurs sociaux, etc.) de la santé et des services sociaux (Bourgeois, 2003). Selon les aînés rencontrés lors de cette recherche, aucun soutien professionnel ne leur a été offert de façon formelle par le CHSLD et par la RPA⁹.

5.4 L'appréciation du niveau de services du CHSLD et de la RPA

Les témoignages de certains répondants indiquent que le CHSLD a été très peu actif dans l'administration d'une quelconque forme de soutien professionnel au deuil des aînés. La moitié des résidents rencontrés sont d'avis que cette institution aurait pu se montrer plus présente dans l'accompagnement des endeuillés. Les propos des personnes rencontrées indiquent que sans la présence des proches aidants ces dernières auraient pu connaître un deuil compliqué, voire pathologique¹⁰ (Dumoulin, 2009; bourgeois, 2003).

⁹ Précisons que le soutien en RPA dépend grandement des ressources offertes par les CLSC, car les RPA sont considérées par le MSSS comme des institutions offrant un service domiciliaire.

¹⁰ Le deuil pathologique est un deuil qui s'étire dans le temps et qui provoque une grande souffrance chez l'endeuillé. Dans certains cas de décès (suicide, accident, maladie soudaine) l'endeuillé peut se culpabiliser d'être encore vivant ou de se sentir responsable du décès du proche disparu. Les symptômes du deuil pathologique peuvent être de deux ordres : psychologiques et physiques. Sur le plan psychologique, l'endeuillé peut tomber dans la dépression et expérimenter divers troubles psychiatriques (délire, hallucinations, troubles d'humeurs, etc.). Sur le plan physique, il peut développer un cancer ou connaître les mêmes symptômes de la maladie du défunt. Cette grande souffrance peut amener l'endeuillé à se livrer à des abus de substances psychotropes, à des jeux de hasard, à de la conduite automobile dangereuse ou à l'adoption de comportements sexuels à risque (Dumoulin, 2009; bourgeois, 2003).

Tout en révélant que le deuil est une expérience douloureuse en soi, les témoignages indiquent que certains résidents n'ont pas bénéficié d'une aide immédiate et systématique de professionnels (travailleurs sociaux¹¹, psychoéducateurs, psychologues, etc.) du CHSLD tout de suite après le décès du conjoint. Dans le témoignage suivant, l'ainée exprime sa solitude et son manque de soutien.

« Du soutien du CHSLD [pour faire son deuil] ? Non. Je me sens seule. »

(P2, femme de 77 ans, vivant en CHSLD depuis 2 ans).

L'expérience de cette répondante est similaire à la précédente. Elle déplore le fait que le CHSLD a peu été actif dans son accompagnement pendant le deuil du conjoint.

« Du soutien moral, du soutien spirituel, non. Personne n'est venu me parler, personne n'est venu me voir pour me dire comment ça va. »

(P3 femme de 80 ans, vivant en CHSLD depuis 12 ans).

Le prochain témoignage fait mention d'un soutien obtenu par une répondante seulement suite à une demande d'aide.

« J'ai reçu du soutien religieux parce que j'en ai demandé. »

(P4, femme de 75 ans, vivant en CHSLD depuis 6 ans).

Dans le cas de cette prochaine répondante, aucune aide du CHSLD ne lui a été disponible. Seuls ses enfants l'ont accompagné pendant cette période de transition.

¹¹ Dans ce CHSLD, la travailleuse sociale s'occupe essentiellement de tâches administratives. De ce fait, le soutien social dont elle est capable d'offrir aux résidents et qui leur serait bénéfique en situation de deuil, est absent.

« Aucun soutien moral, spirituel, non, pour m'aider à passer à travers ça là. Mais, j'ai eu mes enfants, ma famille, oui. »

(P6, femme de 75 ans, vivant en CHSLD depuis 2 ans).

Par rapport au niveau de service dans la RPA, les témoignages montrent que les résidents ont pu s'organiser eux-mêmes pour trouver l'accompagnement nécessaire pendant la période du deuil. N'ayant pas la vocation ni l'obligation de fournir ce type de service, la RPA consacre seulement un petit espace transformé en Chapel et en lieu de recueillement pouvant accueillir une dizaine de personnes. Dans ce contexte, l'appui au deuil vient souvent de l'entourage immédiat des résidents. Le répondant suivant perçoit le soutien de son entourage comme important et nécessaire à son cas de personne endeuillée.

« Ah! Oui beaucoup, beaucoup [de soutien]. J'ai trois excellentes sœurs, trois excellentes personnes. En plus, j'ai Pauline, une amie qui m'a aussi beaucoup aidé »

(P9, 71 ans, vivant en RPA depuis 5 ans).

En dehors du soutien bien apprécié venu de l'entourage des aînés, la résilience et le niveau d'autonomie physique dont jouissent certains d'entre eux ont pu jouer en leur faveur. Dans la RPA certains sont capables de s'investir dans des activités sociales et sont ouverts à l'idée de rencontrer des gens à l'extérieur de ce milieu de vie. Le prochain répondant estime que le décès d'une personne proche est un événement «normal». Il montre de l'intérêt pour continuer son parcours de vie, malgré la perte de différentes personnes de sa famille, en particulier sa conjointe.

« J'ai vu tous mes frères et sœurs mourir, ma mère, mon père puis les parents de ma femme. Je les ai vu partir. Fait que tu ris ou tu pleures dans la vie. C'est

normal. J'ai un bon moral. Moi, j'ai des gens que je rencontre. Je sors beaucoup. Avec une auto j'allais dans les centres d'achats. Je marchais là »

(P10, homme de 92 ans, vivant en RPA depuis 18 ans).

Ainsi, les résultats présentés plus haut reflètent la perception du vécu du deuil du conjoint, développée par les répondants, dans plusieurs aspects (perception du deuil; l'apport des proches aidants; le niveau de services de CHSLD et de la RPA) englobant la transition du deuil. Il en est ressorti que le décès et le deuil du conjoint sont des événements déstabilisateurs d'un parcours de vie. Les aînés touchés par cet événement sont, dans certains cas, obligés de modifier certaines de leurs trajectoires de vie, afin de rétablir à nouveau l'équilibre dans leur nouvelle vie de personne veuve. Dans tous les cas, l'apport des proches aidants, en tant que soutien à ces aînés, est grandement apprécié par l'ensemble des répondants, dans un contexte de peu d'accompagnement offert par le CHSLD et la RPA. La reconstruction du parcours de vie concerne surtout les résidents de la RPA que ceux du CHSLD qui subissent davantage l'isolement social. Critiques par rapport au niveau de services de ces institutions en contexte de deuil, certains répondants choisissent d'établir des liens amicaux ou familiaux de proximité avec leur entourage, dans une sorte de recherche de substitut de soutien à ces événements douloureux que sont le décès et le deuil d'un conjoint. D'autres misent sur la résilience pour continuer leur parcours de vie.

5.5 La résilience et les facteurs de protection

La résilience, comme capacité de faire face aux épreuves de la vie, peut venir de facteurs de protection à la fois intrinsèques et environnementaux du sujet (Anaut, 2005).

Parmi ces facteurs de protection (force mentale, traits de personnalité, croyances religieuses, réseau social, soutien familial, réminiscence de souvenirs heureux, processus défensifs, capacité exceptionnelle d'adaptation aux changements majeurs, sens de l'humour, engagement civique, facilité d'entrer en relation, etc.) certaines ont été identifiées par des répondants comme éléments facilitateurs du deuil. Ces facteurs intrinsèques ont contribué à rehausser le cheminement de certains d'entre eux. Ils ont été capables de s'investir dans des activités sociales et ont pu développer des relations amicales, malgré la difficile perte du conjoint. Dans certains cas, la croyance religieuse sert de facteur d'atténuation de la peine causée par le décès du conjoint. Cette répondante dévoile le nom de son référent religieux.

«Je fais confiance à un être suprême. C'est Saint Antoine de Padoue. Je vais à la messe quand on m'avertit.»

(P4, 75 ans, veuve, vivant en CHSLD depuis 6 ans).

Pour sa part, cette répondante se réfugie dans la croyance rassurante d'un Dieu pour contourner les peines associées au décès de son conjoint. Elle y trouve une explication apaisante.

«Je vais à l'Église le dimanche. Je vais à la chapelle aussi quand le prêtre est là. Je crois en Dieu. Je crois dans le Seigneur. Je me dis s'il est parti [référence au décès de son mari] c'est parce que Dieu le veut »

(P7, femme de 77 ans, vivant en CHALD depuis 2 ans).

Du point de vue de ce répondant, l'ouverture sur les autres et les activités de socialisation aident à surmonter les impacts du deuil.

« Moi, j'ai des gens que je rencontre, des voisins, on se voit dans des réceptions, des soupers, bowling virtuel, n'importe quoi. Je sors beaucoup. Avec une auto, j'allais dans les centres d'achat. Je parle avec tout le monde.

(P 10, homme de 92 ans, vivant en RPA depuis 18 ans).

Par moment, le répondant peut se recourir à des souvenirs agréables de son passé académique ou professionnel sur lesquels s'appuyer pour se renforcer et continuer un parcours de vie, devenu monotone, sans la présence de l'autre. Cette résidente revient sur son passé professionnel.

«J'étais enseignante. J'ai fait mon cours [pour devenir enseignante] à Roberval. J'étais pensionnaire chez les Ursulines. Oui, j'étais enseignante. J'ai formé des jeunes. Je n'ai pas l'air de ca hein? Maintenant, [depuis son admission au CHSLD] je passe ma journée dans ma chaise. Je lis beaucoup. Je lis des revues, mais des livres aussi.»

(P1, femme de 92 ans vivant en CHSLD depuis 1 an).

Le tempérament jovial du répondant et son investissement dans des activités de socialisation peuvent jouer en sa faveur pour atténuer la peine du deuil. Cette répondante explique comment son réseau d'amis et son engagement civique ont contribué à faciliter son deuil.

«J'ai des amis. Beaucoup d'amis. J'aime le monde. Quand il est mort [quand son mari est décédé] j'avais beaucoup de peine. Mais, j'ai fait du bénévolat. C'est parti [la peine]»

(P5, femme de 92 ans vivant en CHSLD depuis 1 an).

Pour d'autres, le sens de l'humour et un moral fort sont des facteurs intrinsèques capables d'aider à atténuer la perte et la solitude induites par le départ du conjoint. Ce

répondant rapporte comment son sens de l'humour l'aide à continuer son parcours de vie malgré son grand âge.

«J'avais été à la boulangerie la dernière fois. Le monsieur, il dit non, non, vous ne pouvez pas rentrer dans le plan, il est barré. J'ai dit est-ce qu'il y a une job pour moi ici. J'ai dit ouvre moi la porte. Je vais aller voir des amis. J'ai été 18 ans en charge de l'usine. Ils m'ont ouvert la porte. J'ai dit je vais aller voir s'ils travaillent ces paresseux-là. Je vis comme ça moi. Fait que c'est le fun, vous savez. Puis, j'aime le monde. Je fais des blagues. Il y en a un, je me rappelle [à qui] je dis bonjour Paul. Il dit je ne m'appelle pas Paul. J'ai dit Bonjour Paspaul [rire]. J'ai un bon moral [malgré sa solitude et son grand âge]. Je ne connais plus personne. Je n'ai plus 65 ans. Je vais avoir 93 ans.»

(P10, homme de 92 ans, vivant en RPA depuis 18 ans).

Ces témoignages montrent que les facteurs intrinsèques mentionnés plus haut peuvent aider les répondants à surmonter le deuil et à envisager l'avenir, malgré certaines contraintes liées, entre autres, au vieillissement.

5.6 Redéfinition du lien social et contraintes à l'engagement conjugal

Après le décès du conjoint, la redéfinition du lien social s'avère importante pour certains aînés. Dans la présente section, nous vous présentons des témoignages qui relatent comment ils tentent de redéfinir des liens sociaux par une nouvelle relation conjugale, par le renforcement de liens amicaux ou par l'implication dans des activités de socialisation.

Dans le prochain témoignage, le résident se montre enthousiaste à l'idée d'une nouvelle rencontre.

« J'ai rencontré vendredi une madame. Elle a un duplex, mais cela ne me regarde pas. On a parlé hier au soir un peu. Et je suis très content parce qu'elle

est très riieuse. Elle m'a raconté des histoires et puis on va se rencontrer à l'occasion. Elle aime bien la musique et la danse. Elle est proche de la danse elle aussi. J'aime bien danser, mais j'ai dû réapprendre à danser la danse en ligne pratiquée par les résidents de la RPA ».

(P9, homme de 71 ans, vivant en RPA depuis 5 ans).

Les activités de socialisation peuvent représenter des occasions pour tisser des liens d'amitié pour certains résidents. Le répondant suivant perçoit ces types d'activités comme des moments de détente pour se désennuyer.

Je vais dans des activités en bas dans la salle commune de l'immeuble, située au sous-sol. Je joue au bingo. Cela me désennuie. Je parle avec du monde, je joue au bowling. Je participe à des danses en ligne, des danses sociales. Quand on a des party, je danse moi. Je rock [rire]. Des fois je donne des leçons de rock-and-roll à du monde.

(P10, 92 ans, vivant en RPA depuis 18 ans).

Depuis le décès de son mari, cette répondante témoigne de l'augmentation de ses relations sociales. Elle perçoit ce décès comme un évènement venant la libérer du poids de prendre soin d'un mari souffrant de la maladie du Parkinston.

« Mon mari est décédé. Il avait 80 ans. Il faisait du Parkinston. J'ai du temps maintenant. Je fais plus d'affaires qu'avant. Je m'occupe du monde. J'ai des amis, beaucoup d'amis »

(P5, femme de 92 ans, vivant en CHSLD depuis 1 an).

Bien que ses relations soient en diminution depuis le décès de son mari, cette participante estime que c'est important d'avoir des amis et des fréquentations sociales. Elle se perçoit comme une personne non socialement isolée.

« Non. Je ne suis pas isolée. J'ai des amis, moins là depuis le décès de mon conjoint, mais j'en ai. Les fréquentations sociales, dès fois ça peut être intéressant »

(P6, femme de 75 ans, vivant en CHSLD depuis 2 ans).

Le prochain témoignage relate les activités sociales entreprises par ce résident après le décès de sa conjointe. À travers des déplacements, facilités par l'achat d'une auto neuve cette année, il tente de tisser des liens sociaux.

« Moi, j'ai mon auto. J'ai acheté une auto neuve cette année. L'autre jour, je suis parti à Saint-Dona. Je peux partir trois jours. J'arrête de rester dans une petite cabane [allusion à la grandeur de son appartement]. Des fois, je m'en vais à Sainte-Agathe. J'y arrête pour prendre un café. J'arrête dans des restaurants, des hôtels. Je parle avec du monde, même si je dis Robert [son prénom] tu ne parles pas à personne. L'autre jour, à l'hôtel, un gars était assis avec sa femme et sa petite fille près de la piscine. Il était en conversation avec eux autres. Là, j'ai entendu qu'il était camionneur. Opélaye, j'ai un sujet d'abord. Évidemment, j'approche, bonjour monsieur (...) Moi, je suis comme ça.

(P9, 71 vivant en RPA depuis 5 ans).

Dans ces témoignages, il est indiqué qu'au-delà du deuil, période de grande tristesse et de replis sur soi, la vie se réorganise. Pour briser l'isolement social et la solitude, les aînés maintiennent le contact avec des proches. Pour ceux bénéficiant encore de l'autonomie physique, les déplacements et les rencontres à l'extérieur du milieu de vie offrent de grandes possibilités d'épanouissement social. Les principales contraintes indiquées par deux répondantes qui essaient de reconstruire leur vie conjugale après le décès de leurs conjoints ont trait à leur état de vieillissement. Ainsi, l'âge est perçu comme un handicap pour s'investir dans de nouvelles aventures amoureuses.

« J'aimerais bien me remarier et refaire ma vie, mais à l'âge que j'ai, je pense qu'on voudrait pas de moi »

(P3, 80 ans, vivant en CHSLD depuis 12 ans).

« Mais j'aimerais, ce que j'aimerais c'est rencontrer quelqu'un qui serait un ami. Pas un amant, rendu à mon âge, mais ça serait un ami justement. »

(P6, femme de 75 ans, vivant en CHSLD depuis 1 an).

Cette répondante évoque la dimension économique comme une condition préalable à une éventuelle rencontre amoureuse.

« J'aimerais refaire ma vie, mais avec un homme riche cette fois. »

(P4, femme de 75 ans vivant en CHSLD depuis 6 ans).

Le deuil non terminé du conjoint décédé est aussi évoqué par une participante comme facteur constituant une limite l'empêchant de s'engager de nouveau. Son témoignage indique qu'elle n'est pas disponible émotivement.

« Non, non, non. Dans ma tête, je suis encore mariée avec lui. »

(P7, femme de 77 ans, vivant en CHSLD depuis 2 ans).

Dans le cas suivant, la répondante évoque sa satisfaction de la vie conjugale qu'elle a eu avec le conjoint décédé. Elle ferme toute possibilité de se remettre en couple.

« Non. Pour moi, tout ça c'est fini. J'ai eu une bonne vie avec lui. C'est tout. »

(P8, femme de 83 ans, vivant en CHSLD depuis 2 ans).

La méfiance des inconvénients liés à la vie de couple est également mentionnée comme facteur freinant les envies de se remettre en ménage.

«Non, non, non. Non. Parce que ça suffit qu'un ménage va bien, le deuxième ménage va pas bien.»

(P2, femme de 77 ans, vivant en CHSLD depuis 2 ans).

Socialement isolée, cette répondante évoque, comme facteur environnemental, sa situation relationnelle avec son entourage familial.

«Mes filles m'appellent rarement. J'ai un de mes frères, il habite à Montréal, il vient à Noël. Les autres sont décédés. On était huit. Il reste plus grand monde autour de moi.»

(P7, femme de 77 ans, vivant en CHSLD depuis 2 ans).

Dans l'ensemble, le décès du conjoint vient créer un vide sentimental et affectif dans la vie des endeuillés. Pour y faire face, la redéfinition du lien social est envisagée pendant ce processus de transition.

CHAPITRE VI
LA DISCUSSION

Ce chapitre discute des résultats de la recherche. Mis en relation avec les écrits scientifiques, ces résultats contribuent à fournir une compréhension plus détaillée de l'impact du décès et du deuil d'un conjoint sur les endeuillés. De manière plus spécifique, ce chapitre vise à répondre à la question de recherche formulée ainsi : Comment le deuil d'un conjoint d'une personne âgée vivant en CHSLD impact-il ses trajectoires de vie? Et, quels sont les soutiens (psychologiques, théologiques, spirituels, familiaux ou amicaux, etc.) sur lesquels elle peut s'appuyer pour passer à travers les différentes étapes du deuil? Les impacts du décès et du deuil, soulevés par les participants, sont abordés. Des lacunes dans la prise en charge des participants à l'étude sont indiquées. L'implication des proches aidants dans les différentes formes de soutien est mise en relief. Les forces et les limites de cette étude sont mises en évidence. Son intérêt pour l'intervention ainsi que les nouvelles possibilités de recherche qu'elle offre sont, entre autres, présentés.

6.1 Les impacts du deuil sur le parcours de vie des répondants

Les résultats issus des entretiens indiquent que les répondants ont été en grande partie impactés par le décès et le deuil de leurs conjoints. La majorité des participants ont avoué que le deuil amène une perte de repères et complique la transition.

Plusieurs chercheurs (Freud, 1917; Bowlby, 1999; Parkes, 2001; Bah, 2009; Baussant-Crenn, 2004) proposent de considérer le deuil comme une transition psychosociale. Il s'agit d'un modèle théorique qui serait capable d'expliquer la réaction de certains êtres humains confrontés à des changements majeurs et soudains (deuil, handicap, maladies, etc.) au cours de leur vie. Ces changements majeurs, notamment le deuil d'un conjoint, obligeraient l'individu à réagir en rectifiant certains traits de ses représentations sécurisantes, axées sur des attentes et des projections positives de la vie (Ibid.).

La réaction au deuil peut toutefois varier d'une personne à l'autre. En effet, certaines études (Thériault, Séguin, Drouin, 2012) montrent que le décès peut provoquer des réactions à la fois intenses et variées chez les endeuillés. Cette variation des réactions a été identifiée par la théorie de l'attachement qui stipule, entre autres, que le processus du deuil dépend des liens de dépendance affective, mais que ces liens sont différents d'une relation à l'autre (Zech, 2006). Chaque deuil et chaque histoire de vie étant singuliers, la réaction des sujets face au deuil de leurs conjoints traduit l'expérience de vie de chaque individu et met en lumière la capacité d'ajustement de chaque être aux divers événements ponctuant un parcours de vie.

En effet, Hanus (2009) soutient que le vécu du deuil dépend, entre autres, des représentations personnelles, mais aussi des expériences de séparation et de pertes successives qui jonchent les trajectoires de vie des personnes âgées, les rendant plus aptes à contourner les effets négatifs du deuil. La capacité intrinsèque et la présence de personnes significatives (proches aidants, enfants de l'aîné, les amis, etc.) entourant la personne veuve

favorisent également son cheminement du deuil. Les entretiens montrent que la réminiscence d'un vécu conjugal agréable avec le défunt conjoint ainsi que les longues années écoulées depuis son décès, sont les principaux facteurs d'atténuation des effets négatifs du deuil chez l'ainé peiné par le décès de son conjoint. Avec le temps, les souvenirs de la relation conjugale deviennent une sorte de point de repère sur lequel la majorité des répondants prennent appui pour continuer leur parcours de vie. Ces réminiscences (Norbert, 1982 ; Zech, 2006) les lient encore, d'une certaine manière, avec leurs défunts conjoints.

6.2 Une prise en charge ponctuée de lacunes au CHSLD et à la RPA

L'analyse des témoignages indique des lacunes importantes dans la prise en charge de ces personnes par ces organisations. Les travailleuses sociales se voient confier des tâches administratives (admission des résidents, homologation de mandats, évaluations, etc.) plutôt que de faire appel à leur expertise en matière de soutien et d'accompagnement des endeuillés. Ces lacunes (absence d'intervention rapide au chevet de l'ainé en début du deuil, peu d'intervenants qualifiés pour assurer cette prise en charge) impactent la santé mentale (dépression, hallucinations, peurs excessives, paranoïas, etc.) de certains aînés, dans certains cas, fragiles et socialement isolés, hébergés dans ce CHSLD et en RPA. Selon Bourgeois (2013) et Bouisson (2008) pour éviter l'état dépressif, l'anxiété pathologique et les diverses formes d'abus (alcool, médicaments, etc.) auxquels l'endeuillé pourrait se livrer lors des premiers moments de son deuil, une prise en charge de ces personnes et le traitement des symptômes des deuils pathologiques (environ 20% le sont) qu'elles

connaissent sont essentiels. L'ignorance des effets négatifs d'un décès et le manque de soutien en période de deuil d'une personne chère pourraient conduire vers un état dépressif (Bourgeois, 2013).

Le peu de reconnaissance des impacts du deuil vécu par des aînés hébergés en CHSLD et en RPA semble venir de représentations négatives cultivées par certaines tranches de la population envers les personnes du grand âge. Selon ces représentations sociales dominantes, réductrices et négatives, le deuil n'affecte pas les personnes âgées, car elles sont devenues trop vieilles et trop malades pour en être conscientes. De plus, une certaine croyance populaire veut qu'à force de voir partir des proches, les aînés s'en sont fait une carapace et ne sont plus affectés par la perte d'un proche (Charpentier et Quéniart, 2011). C'est dans ce contexte de peu de réponses en matière d'accompagnement du deuil que certains répondants de notre échantillon ont développé des stratégies personnelles pour pallier les impacts de la perte subie. Mentionnons également que l'absence de réponses des CHSLD pour soutenir les endeuillés vient d'un manque de moyens fournis par le MSSS à ces milieux de vie pour soutenir les résidents par la présence d'intervenants qualifiés et en nombre suffisant.

6.3 Certains principes de la théorie du parcours de vie : base explicative du développement des aînés face au deuil

Selon le principe de *Life span development* de la théorie du parcours de vie, les extraits du discours d'un répondant peuvent être révélateurs des différents stades, positifs ou négatifs de son développement lorsqu'il fait face à un événement tragique pendant son

parcours de vie (enfance, adolescence, âge adulte ou grand âge). Dans l'état actuel, six aînés indiquent qu'ils n'ont pas bénéficié d'une quelconque forme de soutien de la part de leur institution d'attache. Selon la théorie du parcours de vie, le développement de ces personnes s'est opéré de façon négative, pendant la période du deuil.

Alors qu'accompagner les usagers du CHSLD fait partie de l'offre de service¹² de cette organisation, la moitié des résidents en deuil d'un conjoint n'ont pas reçu du soutien espéré. Cependant, il faut mentionner que par choix, certaines personnes peuvent décider de vivre dans la solitude, sans envisager l'obtention d'un soutien professionnel pendant la transition du deuil. Ces personnes, par tempérament ou par conviction, choisissent de ne pas demander de l'aide pour franchir les étapes du deuil. Dans l'étude analytique des personnes rencontrées lors de la cueillette de données, une participante a exprimé en effet son choix de vivre en retrait des activités sociales après le décès du conjoint. Elle avoue ne plus avoir le désir de socialiser ou de demander de l'aide pendant le deuil de son conjoint. L'absence de son compagnon de vie et le peu d'intérêt pour la socialisation avec des pairs du CHSLD la gardent confinée dans sa chambre. Cette attitude rejoint le principe de *Human agency* de la théorie du parcours de vie qui stipule, entre autres, que tenter de reprendre ses habitudes de vie après une perte ou vivre dans la solitude, sans l'obtention de

¹² Selon le site Internet du CHSLD, l'organisation a pour mission de participer au maintien de la qualité de vie des aînés. Pour y arriver, les services suivants sont offerts par un personnel qualifié et par des équipes traitantes possédant des compétences diverses et de l'expérience significative auprès de cette clientèle : soins personnalisés, accompagnement dans les activités de vie quotidienne, soutien aux résidents nécessitant plus de services, le sens de l'écoute des résidents, assurance de leur bien-être physique et psychologique, le gage de la loyauté envers le client, service de plaintes pour attentes et besoins non comblés, etc.).

soutien pendant un deuil fait partie du choix d'un individu et traduit ses désirs de vivre son deuil dans la sérénité.

Pour ce qui concerne la RPA, les deux résidents de cette institution ont pu jouer sur le principe de *Time and place* de la théorie du parcours de vie. Selon ce principe, la période, le contexte, le lieu et la qualité des liens de soutien reçus par l'ainé de son entourage deviennent des indicateurs fiables sur lesquels on peut s'appuyer pour savoir s'ils ont facilité son deuil. Les personnes rencontrées dans cette institution ont développé des réseaux sociaux d'entraide et de soutien dans la RPA, mais aussi dans d'autres RPA implantées dans le même secteur. Dans ce contexte de soutien entre pairs, les effets du deuil se sont atténués. De ce fait et en fonction de la théorie du parcours de vie, il faut conclure que le deuil de ces usagers s'est facilité par la capacité intrinsèque des résidents d'entretenir des relations sociales entre pairs, compte tenu du fait que la RPA n'offre pas d'emblée ce type de service.

Le passage à travers l'épreuve du deuil peut être facilité si l'utilisateur est entouré de liens relationnels significatifs (avant, pendant et après le décès de son conjoint). Cette affirmation vient du principe de *Linked lives* de la théorie du parcours de vie. En effet, par réflexe ou par intuition, neuf des résidents rencontrés sur un total de dix, ont obtenu du soutien significatif de la part de proches aidants. Ce soutien a facilité le passage du deuil et a contribué à briser l'isolement. Selon la théorie du parcours de vie, les liens relationnels solides peuvent aider un usager à retrouver une vie sociale active. Dans ce type de cas, les

ainés ont surtout bénéficié de l'appui considérable de leurs filles ou de leurs fils devenus proches aidants.

Avec le soutien des proches aidants, la majorité des répondants ont pu surmonter le deuil. Se référant à leurs capacités de faire face à l'adversité induite par le deuil du conjoint, certains répondants affirment que la présence de l'entourage a facilité le deuil. En ce sens, il faut se référer au principe du *Timing* de la théorie du parcours de vie. Selon ce principe, si l'ainé donne des précisions sur des éléments à la fois intrinsèques et extrinsèques facilitant son deuil, il faut retenir qu'il a pu, avec le temps, rétablir l'équilibre dans sa vie.

6.4 Le renforcement des liens socio-affectifs : stratégie majeure après le décès du conjoint

L'analyse des témoignages recueillis renvoie vers trois constats majeurs relatifs à : (1) la réorganisation du parcours de vie des endeuillés; (2) au repositionnement conjugal chez les personnes âgées; (3) au renforcement des liens socio-affectifs des ainés.

La réorganisation du parcours de vie

La réorganisation du parcours de vie a lieu sur le plan affectif après le décès du conjoint. La majorité des résidents vivant dans la RPA ont eu recours aux capacités intrinsèques (bonne forme physique, sens de l'humour, facilité d'établir des liens sociaux, moyens de locomotion, etc.) et environnementales (soutien de la descendance) pour rétablir l'équilibre affectif et pour s'investir dans de nouvelles activités de socialisation. Pour le

CHSLD, le renforcement des liens socio-affectifs avec la descendance est central pour assurer l'équilibre affectif de ces aînés. L'élément le plus surprenant constaté chez les aînés se réfère au bilan de leur vie. À ce sujet, la majorité des répondants estiment qu'ils ont connu une vie plutôt heureuse.

Le repositionnement conjugal

Le repositionnement conjugal chez les aînés après le décès du conjoint ne semble pas être une priorité pour les aînés faisant l'objet de l'étude dont la moyenne d'âge est de 81 ans. Les données issues de Statistique Canada indiquent que l'âge est un facteur déterminant dans la motivation des acteurs sociaux à investir du temps et de l'énergie dans des activités à caractère socio matrimonial. Le tableau suivant en donne un aperçu.

Tableau 5
Repositionnement conjugal en fonction de l'âge

Âge	Hommes	Femmes
55 à 64	76%	55%
65 à 74	26%	19%
75 ans et plus	18%	13%

Source: Statistique Canada (2011).

Ce tableau montre clairement que plus une personne vieillit, moins elle envisage de s'investir dans une relation de couple. Les témoignages des répondants confirment cette tendance. Une absence de renouvellement du lien conjugal est constatée chez sept

personnes de l'échantillon. Elles affirment ne plus avoir de l'intérêt pour réorganiser leur vie conjugale avec un nouveau conjoint après le décès du compagnon de vie.

Selon les chiffres issus de l'enquête sociale de Statistique Canada de 2011, 31% des hommes de 75 ans et plus et 13% de femmes de cette même population sont moins susceptibles à se remettre en couple lorsque la cause première de la dissolution du mariage est le décès du conjoint. Retenons que dans cette tranche d'âge (75 ans et plus) lorsque le décès arrive, le conjoint endeuillé dispose de moins de temps de qualité pour s'engager dans une nouvelle relation. Les incapacités fonctionnelles, les maladies, la faible estime de soi dans l'avancée en âge, la désillusion des relations conjugales, le deuil non terminé du conjoint décédé, l'idée de son propre décès dans un futur rapproché sont les principaux éléments explicatifs de ce manque d'intérêt pour refaire sa vie amoureuse. La majorité des répondants trouvent qu'il est difficile de refaire leur vie après avoir vécu pendant des années avec un même conjoint.

Les liens socio-affectifs renforcés après le décès du conjoint

Les soutiens obtenus par les aînés apparaissent comme un élément central dans leur rétablissement pendant l'épreuve du deuil. Venues des proches aidants, les différentes formes d'appuis (Goldbeter-Merinfeld, 2005) dont ils ont pu bénéficier ont donné des résultats remarquables. Plusieurs d'entre eux ont exprimé leur joie d'avoir un proche aidant (fils, fille, nièce, etc.) sur qui ils peuvent compter pour continuer de vivre leur deuil. Le lien de confiance établi avec les proches aidants a été bénéfique pour certains aînés. Le recours au personnel qualifié (travailleurs sociaux, psychoéducateurs, psychologues, etc.)

en nombre suffisant chez le personnel soignant pour soutenir les aînés en deuil d'un conjoint ne s'étant pas toujours manifesté dans le CHSLD et la RPA, les appuis venus des proches aidants des aînés rencontrés ont été grandement appréciés. Bénéficiant du soutien de leur entourage, la période du deuil de certaines personnes devient nettement plus facile et moins longue à surmonter (Goldbeter-Merinfeld, 2005). La satisfaction des résidents de la RPA ayant bénéficié de l'appui de proches aidants est palpable. Plusieurs auteurs (Brioul, 2017; Bercovitz, 2003; Berthod, 2016; Beaudry et Gagnon, 2015;) reconnaissent les effets bénéfiques du soutien de l'entourage dans le deuil. Les deux hommes rencontrés sont très satisfaits du soutien obtenu de proches aidants et d'amis. Ces répondants évoluent dans une RPA où des activités sociales (danse en ligne, bowling virtuel, sorties de groupe, etc.) s'organisent entre pairs. Ils restent également en contact avec des membres de la famille (sœurs, frères) qui les appellent au téléphone, qui passent les rendre visite ou qui les invitent au restaurant quelques fois. Compte tenu du contexte de vieillissement (MSSS, 2015; MSSS, 2016; MAF, 2017) et d'isolement social que connaissent certains aînés du Québec, ces hommes s'estiment chanceux de pouvoir encore compter sur des proches ou des amis pour continuer leur parcours de vie. Plusieurs études soutiennent que le soutien social facilite, chez les personnes isolées, une meilleure intégration sociale et contribue à un meilleur état de santé (Caron et Guay, 2005). Essentiel à l'endeuillé lors de la perte d'un conjoint, le soutien social réfère au réseau social, composé d'amis, de parents, de confidents, d'organisations d'entraide, etc., prêts à l'accompagner (Ibid.).

Dans le cas des femmes constituant cet échantillon, le cas de figure n'est guère différent. En plus du soutien très apprécié venu des fils et filles de ces personnes, le soutien

social venu d'amis ou de pairs vient également égayer la période du deuil de ces répondantes. Les témoignages examinés montrent que la totalité des répondantes vivant dans le CHSLD est plus que satisfaite de l'appui obtenu des proches aidants et d'amis. En examinant les témoignages, nous sommes arrivés à comprendre que les personnes ayant obtenu du soutien social ont développé un sentiment de sécurité leur permettant de passer plus facilement à travers l'expérience du deuil. Tereno, Soares, Martins, Sampaio, et Carlson (2007) soutiennent que l'endeuillé adulte se sent en sécurité lorsqu'il développe de la confiance dans une figure de référence. Le sentiment de sécurité développé par les répondants et la confiance qu'ils ont placée dans leur entourage leur ont été bénéfiques. Ces répondants ont été capables de s'investir dans des activités de socialisation et ont pu éviter des deuils pathologiques. Bien qu'encore attachés à ce passé conjugal par des signes évidents (photos du défunt, conservation d'objets ayant appartenu au disparu, l'envie d'en parler, etc.), certains se tournent déjà vers l'avenir. Envisager des projets d'avenir fait partie intégrante du processus du deuil (Zech, 2006; Hanus, 2004). Avec le support de l'entourage, les usagers rencontrés continuent de vivre et abordent la vie, dans certains cas, avec philosophie. Pour une résidente du CHSLD, la vie, injuste en grande partie, affiche un certain sens d'équilibre et d'équité que dans la mort seulement. Un jour ou l'autre, chacun doit y faire face, conclut cette répondante.

Malgré tout le soutien social possible que l'ainé peut recevoir de ses proches, certains témoignages examinés montrent que l'expérience du deuil reste difficile à vivre, surtout dans des cas de vie commune de longue date avant le décès du conjoint. Par moments et pendant certaines périodes de la journée, l'angoisse de la vie de veuf envahit

certaines répondants. Un participant de la RPA avoue pleurer de temps en temps. Il confie que le moment le plus difficile est celui où il doit barrer la porte de son appartement à la fin de la journée. Il révèle que se retrouver tout d'un coup seul face à ses souvenirs, sans amis ni personnes à qui se confier, après avoir vécu pendant 71 ans avec son épouse, est une expérience douloureuse. Cette relation de longue date semble témoigner d'un important niveau d'affectivité entre les époux à travers les années. Cette rupture entraînerait une certaine forme de chagrin chez l'endeuillé. Le décès d'un conjoint provoque, la plupart du temps, de vives réactions émotionnelles chez les endeuillés (Zech, 2006) malgré le soutien qu'il a pu recevoir de son entourage.

Les réponses données par l'ensemble des sujets semblent indiquer que plusieurs d'entre eux ont éprouvé un difficile passage de la vie de couple vers le célibat. La perte du conjoint implique, pour ces aînés devenus veufs, d'amorcer une difficile transition vers le célibat. Le veuvage implique également la fin d'une relation symbolique de longue date chez certains couples âgés. Il annonce la transition vers une nouvelle mode de vie, marquée par des difficultés d'ajustement liées au nouveau contexte familial (Guilbault, Dal et Poulin, 2007). L'un des facteurs de contrainte à l'épanouissement de certains aînés endeuillés, est que dans bien des cas, le réseau familial, pouvant servir de soutien à leur statut de personnes endeuillées, s'est éteint. Des frères et sœurs sont décédés ou sont devenus trop âgés pour être capables d'entretenir une relation, ne serait-ce que téléphonique, avec certains des usagers rencontrés. Ces contraintes (isolement social, santé physique en déclin, réseau de soutien familial inexistant, fatigue du proche aidant, etc.) compliquent le processus du deuil d'un des aînés de notre échantillon. Pour pallier les

impacts du deuil (Monbourquette et D'Aspremont, 2011; Bacqué et Hanus, 2016) mettent l'accent sur l'importance de s'entourer de personnes capables de nous aider à prendre le temps nécessaire pour passer à travers les différentes étapes du deuil, dans une société plongée dans le déni de la mort et réticente à aborder ouvertement le sujet du deuil.

6.5 L'intérêt de cette étude pour l'intervention

L'étude présente une excellente opportunité pour les professionnels travaillant avec cette population de mieux orienter les interventions afin de cibler les besoins réels de ces personnes. Le dévoilement des résultats de cette étude fait apparaître la nécessité pour les intervenants de faire preuve d'ouverture d'esprit en écartant les idées routinières (les aînés ne subissent pas les effets du deuil, ils n'en sont pas conscients, la vie est derrière eux, ils n'ont aucun projet, ils en ont vu d'autres, etc.) de la pratique en ce qui a trait à l'influence du deuil sur le parcours de vie de cette population. Avec une meilleure connaissance sur le deuil de conjoints de personnes vivant en CHSLD et en RPA, les intervenants sociaux seront mieux outillés pour encadrer ces personnes dans le plus grand respect de leur autonomie décisionnelle.

Une meilleure compréhension de la perception de leur réalité, mais aussi des intérêts de cette population, pourrait permettre aux intervenants sociaux de se montrer plus attentifs aux conditions diverses (santé physique, santé mentale, relations sociales, soutiens familiaux ou professionnels, conditions économiques, etc.) de ces personnes dans le contexte de l'évaluation des besoins en vue d'une prise en charge adéquate. L'investigation

approfondie du contexte biographique de cette catégorie de personnes devient essentielle pour arriver à cerner les éléments sous-jacents à des facteurs de résilience constatés dans plusieurs sphères de la vie de cette population faisant l'objet de cette étude. Les résultats des données recueillies et analysées pourraient servir au développement de nouvelles pratiques ou à la conceptualisation de nouveaux modèles d'intervention¹³ spécifiques à cette clientèle pour les intervenants sociaux travaillant auprès de cette population. Les résultats de cette recherche pourraient également contribuer à apporter un éclairage sur les formes de soutien, sur la fréquence et l'intensité des interventions nécessaires en période de deuil de conjoints faisant partie de cette population. Dans l'avancée en âge, les facteurs de résilience varient en fonction des trajectoires de vie des individus. En ce sens, il devient intéressant pour l'intervention de reconnaître le type de besoin en se basant sur le contexte historique, biographique et sur la capacité de résilience de chaque sujet. Ayant contribué à jeter un nouveau regard sur les préjugés en matière de deuil et de réorganisation de parcours de vie de personnes dans l'avancée en âge, cette étude pourrait inciter les différents intervenants sociaux à favoriser le développement d'une compréhension plus approfondie de la réalité de cette population. Tenant pour acquis qu'une meilleure connaissance d'une clientèle ou d'une problématique facilite une meilleure intervention, cette étude offre aux intervenants sociaux une opportunité de reconsidérer leur approche en matière d'intervention auprès de ces personnes âgées vivant en CHSLD/RPA ayant perdu leurs

¹³ En se basant sur les témoignages des répondants indiquant leurs besoins précis et spécifiques en matière de réorganisation de parcours de vie après le décès d'un conjoint, des modèles d'intervention et de nouvelles pratiques peuvent être conceptualisés et adaptés à cette réalité dévoilée par les intéressés.

conjoint. Ils pourront surtout porter un regard particulier sur celles évoluant en marge du système de santé et n'ayant aucun proche aidant présent dans cette épreuve, contrairement à celles entourées de soutien familial.

L'analyse des témoignages recueillis montre que les usagers du CHSLD et de la RPA ayant obtenu de l'aide des proches aidants pour contourner l'épreuve du deuil rentrent, d'une certaine façon, dans une catégorie d'ainés privilégiés. En absence de soutiens significatifs de leurs institutions d'attache, ces personnes âgées ont su développer des stratégies (demande d'aide de proches, tisser des liens amicaux et sociaux, investissements dans des activités de loisirs, ouverture sur des relations affectives, etc.) pour maintenir l'équilibre dans leur vie après le décès du conjoint. Elles ont pu compter sur des paramètres environnementaux présents dans leur entourage et sensibilisés à leur situation. Parallèlement, le cas de figure est souvent fort différent pour des aînés endeuillés, socialement isolés et en rupture avec le système socio sanitaire. Sans soutiens institutionnels, parentaux, familiaux ou amicaux, l'expérience du deuil de ces aînés peut se révéler d'une grande complexité. Des besoins non pris en compte par des institutions dont la mission consiste à encadrer, épauler, encourager et accompagner des aînés nécessitant une attention particulière (en raison de la fragilité humaine dans l'avancée en âge) pourraient entraîner des détériorations de leur état de santé physique et mental. Qu'est-ce qui explique ce manque d'investissement dans le soutien des endeuillés ? Peut-on parler de la négligence envers les aînés? S'agit-il d'un manque de savoir-faire de la part de ces institutions en matière d'accompagnement du deuil ou faut-il simplement associer cet état de fait à des intérêts pécuniaires? Rappelons que ces institutions intègrent la logique

marchande de la Nouvelle Gestion Publique et qu'elles privilégient l'idée d'une intervention (auprès de la clientèle) exécutée à partir d'un nombre le plus restreint possible d'intervenants, dans une tentative de rationaliser le travail.

L'adoption de stratégies de rationalisation du travail dans le contexte actuel, tout en étant capable de fournir un service répondant aux besoins de la clientèle fait partie de la mission de l'établissement. L'utilisation efficace et efficiente des ressources humaines et matérielles disponibles à l'intérieur d'une organisation de services de santé mérite d'être saluée quand les normes de satisfaction de la clientèle, de performance, d'efficacité, de productivité et de compétitivité sont respectées. Cependant, il est difficile de s'attendre à ce que le CHSLD et la RPA soutiennent cette position. S'insérer dans un tel créneau s'avère difficile pour ces institutions privées ou semi-conventionnées. Trouver l'équilibre entre la rentabilité des coûts d'investissement et le respect des normes exigées par les autorités étatiques en matière de prestation de services à la clientèle, devient un enjeu de première importance auquel font face ces institutions, souvent blâmées pour des coupes budgétaires impactant considérablement la qualité des soins et services. Dans ces institutions, des intervenants sociaux peuvent souvent se voir offrir d'exercer des fonctions cléricales plutôt que d'être placés dans des postes correspondants à leur formation et leur permettant d'exercer leur profession dans des conditions optimales au profit de la clientèle. Étant souvent en nombre restreint, ces intervenants sociaux ne disposent pas toujours de temps pour tisser des liens avec les autres équipes d'interventions ou pour visiter, ne serait-ce que brièvement, les patients hébergés afin de s'enquérir de leur état de bien-être. Pour pallier

ce glissement, il est primordial pour ces institutions de replacer l'utilisateur au centre des priorités avant toute considération monétaire.

6.6 Les limites et les forces de la recherche : cadre méthodologique

Sur le plan de la méthodologie, cette recherche, du type exploratoire, est basée sur la perception de la réalité des personnes en deuil d'un conjoint. Elle est menée sur un échantillon restreint, confiné dans un espace-temps bien précis. Les résultats pourraient ne pas être applicables à une plus large population comme c'est souvent le cas dans les recherches qualitatives (Quivy et Campenhoudt, 2006). De plus, lors des entrevues, les répondantes du CHSLD ont donné des signes de fatigue et d'impatience très rapidement, nous forçant, dans certains cas, à sauter des questions prévues dans le questionnaire ou à écourter l'entrevue pour la compléter plus tard avec des proches aidants. Dans un tel cas, il y va sans dire que la saturation souhaitée des données n'a pas été atteinte. Néanmoins, les questions issues des principaux segments du canevas de l'entrevue ont toutes été répondues.

La principale cause de cette difficulté réside dans l'incapacité des répondants à tenir une conversation émotive soutenue d'une heure et demie. De plus, notons que les entrevues sont réalisées dans des intervalles de temps très restreints. Dans le CHSLD, les résidents, une fois la ronde des soins d'hygiène et physique terminée vers 10h, disposent que d'une heure et demie de repos avant le dîner qui débute à 11h30. Certaines entrevues ont été réalisées dans cet intervalle de temps avec des personnes qui, dans certains cas,

connaissent des difficultés d'audition et d'élocution nous obligeant à faire des pauses, à répéter ou à parler lentement. Dans l'après-midi, habituellement les résidents font une sieste après le dîner et deviennent inaccessibles. Les rencontres en après-midi ont eu lieu entre 13h et 14h, un intervalle de temps court dont il fallait saisir avant les activités de loisirs débutant à 14h sur certains étages. C'est dans ce contexte que les entrevues ont été réalisées.

Sur le plan de l'éthique, les difficultés rencontrées (capacités physiques et cognitives à tenir une conversation d'une heure et demie, difficultés d'audition ou d'élocution, fatigue, avoir faim, être dérangés par des paris, etc.) lors des entrevues ont été contournées par l'application du principe de l'éthique du chercheur. Jeffrey (2004) met en exergue deux aspects de l'éthique : l'éthique du chercheur et l'éthique de la recherche. L'éthique du chercheur concerne, entre autres, le respect des sujets rencontrés dans le cadre d'une recherche, mais aussi le respect de toute culture, de tout environnement, de toutes règles de confidentialité et de consentement (Jeffrey, 2004). Pour sa part, l'éthique de la recherche questionne l'utilisation que l'on peut faire d'un savoir scientifique. L'application du principe de l'éthique du chercheur à cette étude a empêché la validation des résultats. Compte tenu de l'âge avancé des répondants et des difficultés physiques et cognitives mentionnées plus haut, il n'aurait pas été éthiquement correct de les solliciter à nouveau pour valider leurs dires dans le cadre d'un groupe de discussion. Seules les données d'une répondante ont pu être validées à l'aide d'une proche aidante. Cette situation représente une sérieuse limite à cette recherche. Cependant, les professeurs encadrant les démarches

de conceptualisation et de réalisation de ce mémoire ont donné leur aval de la cueillette des données.

En termes de forces de la recherche, la discussion des résultats a donné l'occasion de mettre en exergue les différents aspects ponctuant le parcours de vie des répondants endeuillés du décès de leurs conjoints. Elle a occasionné l'accès aux préoccupations, mais aussi aux stratégies, basées sur le principe des opportunités et des contraintes qu'offre la vie que les répondants ont adoptée pour réorganiser leurs parcours de vie. Divers aspects des rapports sociaux, familiaux ou amicaux qu'ils entretiennent avec leur entourage depuis le décès des conjoints ont pu être examinés. De plus, l'état de santé physique et mentale des participants a pu être observé. Ceci a facilité un accès plus approfondi à la compréhension de ces dimensions de leur vie. La discussion a permis d'envisager des pistes intéressantes pour l'intervention.

6.7 Principales visées de la recherche professionnelle

Sur le plan de l'action sociale, la recherche a permis de comprendre la problématique du deuil dans ces milieux de vie. Sur le plan de la production de connaissances scientifiques, la recherche, basée sur une méthodologie rigoureuse et sur une littérature scientifiquement objectivée, a donné la possibilité d'analyser des données expérientielles de personnes à trajectoires diverses, évoluant dans un endroit et un temps précis. Finalement, sur le plan du développement personnel et professionnel, ce sujet a été choisi par intérêt pour cette population. Côté des personnes hébergées en CHSLD et en

RPA a permis d'engager une réflexion sur le vieillissement. Cette recherche a donné l'opportunité de mieux comprendre la réalité de cette population et d'envisager les meilleurs moyens d'intervention à son égard. Elle a permis au chercheur de s'introduire dans un espace-temps (Mias & Lac, 2012) au milieu duquel les habitudes d'intervention ont été temporairement mises de côté au profit du développement des habiletés d'observation, de réflexion et d'analyse sur les enjeux du deuil dans le contexte du vieillissement de la population au Québec. De plus, les sensibilités aux enjeux éthiques énoncés à travers diverses théories¹⁴ éthiques (téléologique, utilitaire, déontologique, critique, contractuel) (Miles & Huberman, 2005) rencontrées dans les rapports avec les répondants volontaires à cette recherche ont pu être bonifiées.

En plus du fait qu'elle peut servir à promouvoir de nouvelles pratiques en matière d'intervention en travail social auprès de cette population, l'étude met en lumière comment le deuil de conjoints vivant en CHSLD/RPA impacte ces personnes. Elle souligne des lacunes dans la prise en charge des aînés hébergés. Elle fait ressortir l'importante implication des proches aidants auprès des aînés par l'apport d'un soutien grandement nécessaire en période de deuil. De plus, elle ouvre la voie vers de nouvelles possibilités de recherche par un questionnement en ce qui a trait aux capacités de certains résidents de contourner les impacts du deuil malgré le peu de soutien du CHSLD et de la RPA. En ce

¹⁴ La théorie téléologique met l'accent sur les fins supposément bonnes de l'action. La théorie utilitaire juge l'action en fonction de ses conséquences sur des personnes (chercheurs, collègues et des individus du grand public). La théorie déontologique de Kant réfléchit sur l'universalité de l'action à poser afin qu'elle soit bonne et acceptable pour tous y compris pour le professionnel qui la pose. La théorie critique défend le sujet. La théorie contractuelle s'intéresse aux accords passés entre des acteurs en jugeant leur degré de concordance (Miles & Huberman, 2005).

sens, il serait avantageux pour l'avancement des connaissances et pour la pratique professionnelle en travail social d'étendre l'étude du deuil de conjoints vers des milieux offrant un soutien plus marqué aux aînés.

CONCLUSION

Cette recherche dont le but visait à comprendre comment le deuil de conjoints de personnes âgées vivant dans un CHSLD et dans une RPA impact leur parcours de vie, a mis en évidence les stratégies utilisées par ces personnes pour contourner les inconvénients et les obstacles liés au processus du deuil après le décès de leurs conjoints. La théorie du parcours de vie comme cadre conceptuel utilisé dans cette recherche, a ouvert la voie à une meilleure connaissance et une meilleure compréhension du deuil chez la population étudiée. Prenant appui sur une approche qualitative, la recherche a occasionné l'accès à des données explicatives qui témoignent de l'expérience du deuil chez cette population. L'analyse des données a montré que l'impact du décès d'un conjoint est perçu comme significatif sur les endeuillés, mais que la résilience ainsi que le soutien des proches aidants ont atténué la souffrance engendrée par le départ du conjoint.

Par ailleurs, d'un strict regard d'advocacy du travail social, on peut conclure que le CHSLD et la RPA répondent peu aux besoins de la clientèle en matière de soutien au deuil des conjoints. Une augmentation du nombre d'intervenants en travail social, en soins physiques, en récréologie, en psychologie, en soins spirituels et pastoraux ainsi qu'une attitude empathique et chaleureuse des intervenants, faciliterait la période de transition que représente le deuil dans la vie des résidents de ce CHSLD. Pour la RPA, il serait intéressant

de créer un espace d'intervention, de soutien et de l'accompagnement offerts par des travailleurs sociaux aux personnes en deuil d'un conjoint. Les restrictions, en termes de personnels qualifiés pour offrir un service adéquat à cette population, semblent se justifier par des coûts additionnels que ces institutions privées ne sont pas prêtes à défrayer pour améliorer la qualité des services. Ainsi, le confort et le bien-être de ces personnes âgées en deuil de leurs conjoints rentrent en tension avec des préoccupations budgétaires de ces institutions.

RÉFÉRENCES

- Adriaensen, M. A. & Retsylam, E. (2009). *La personne âgée face au deuil*. Bruxelles, Belgique : Éditions De Boeck.
- Aebisher, V. (2008). *Psychologie du vieillissement : Représentations sociales du vieillissement et représentations de soi chez la personne âgée*. Paris, France : Éditions Bréal.
- Alami, S., Desjeux, D. & Garabuau-Moussaoui, I. (2009). *Les méthodes qualitatives*. Paris, France : Éditions Presses universitaires de France.
- Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. Dans *Recherche en soins infirmiers*, 3(32), 4-11. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-4.htm?contenu=resume#>
- Association des CLSC et des CHSLD du Québec. (2005). *Mémoire de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux sur le plan d'action 2005-2010 du ministère de la Santé e des services sociaux : Les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité*. Repéré à http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/memoires//plan_action_2005-2010_pers_agee.pdf
- Bacqué, M. F. et Hanus, M. (2000). *Le deuil. Que sais-je?* Paris France : Éditions PUF.
- Bacqué, M. F. (2005). Pertes, renoncements et intégrations : les processus de deuil dans le cancer. *Revue Francophone Psycho-Oncologie*, 4(2), 117-123.
- Bacqué, M. F. (2013). Vulnérabilité psychique au deuil dans la prévention, le dépistage et les soins du cancer. *Psycho-oncologie*, 7(4) 228-234.
- Bacqué, M.-F. & Hanus, M. (2016). *Le deuil (7e éd.)*. Paris, France : Presses universitaires de France. « Que sais-je ? ». Repéré à [http://www.cairn.info.usherbrooke.ca/le-deuil-9782130750215.htm](http://www.cairn.info/usherbrooke.ca/le-deuil-9782130750215.htm)
- Bah, T. (2009). « La transition cédant-repreneur : Une approche par la théorie du deuil », *Revue Française de Gestion*, Vol. 35, N° 194, p. 123-148.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. France : PUF.
- Barreyre, J.-Y. (2008). « La recherche au service de l'action sociale : chalandisation ou nouvelle instance de discussion? », *Pensée plurielle* 3(no 19), p. 31-39. DOI 10.3917/pp.019.0031
- Beauséjour, D. (2008). *La systémique dans l'organisation : un modèle pour l'avenir ?* Montréal, Québec : Éditions Presses de l'Université de Montréal.
- Baussant-Crenn, C. (2004). Le deuil : aspects cliniques, théoriques et thérapeutiques. Dans *Accompagner des personnes en deuil*. Repéré à

<https://www.cairn.info/accompagner-des-personnes-en-deuil--9782749202228-page-15.htm>

- Beaudry, C. & G, M. (2015). « La ratification du deuil en milieu de travail », *Frontière, numéro 26-1-2-2014-2015*. Repéré à <https://www.erudit.org/fr/revues/fr/2014-v26-n1-2-fr02300/1034384ar/>
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P. & Hummel, S. (2006). Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles : une expérience québécoise. Dans M.-J., Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L., Bordeleau (Éds), *Le système sociosanitaire au Québec, régulation et participation* (pp. 219-242). Montréal, Québec : Éditions Gaétan Morin et Chenelière Éducation.
- Béland, F. (2007). Les coûts de la vieillesse, *Relations*, no. 714, repéré à <http://cjf.qc.ca/revue-relations/publication/article/les-cots-de-la-vieillesse>
- Bercovitz, A. (2003). *Accompagner des personnes en deuil*. Paris, France : Éditions Érès.
- Bernard, M-F. (2004). Prendre soins de nos aînés en fin de vie : à la recherche du sens. *Revue et études sur la mort*. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-et-etude-sur-la-mort-2004-2-page-43-htm>
- Berthod, M-A. (2016). « Le paysage relationnel du deuil », *Frontières, volume 26, numéro 1-2-2014-2015*. Repéré à <https://www.erudit.org/fr/revues/fr/2014-v26-n1-2-fr02300/1034383ar/>
- Bessin, M. (2009). Parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématique. *Informations sociales*. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2009-6-page-12.htm>
- Binet, E. (2017). L'accompagnement du deuil du conjoint chez le sujet âgé par l'Intégration du cycle de vie. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 17(2), 37-41.
- Blane, D., Netuveli, G. & Stone, J. (2007). The development of life course epidemiology. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 55(1), 31-38.
- Bouisson, J. (2005). *Psychologie du vieillissement et vie quotidienne*. Marseille, France : Éditions Solal.
- Bouisson, J. (2008). Les troubles psychotiques de la vieillesse. Dans Le Rouzo, M.-L. (Éds). *La personne âgée : Psychologie du vieillissement*. Paris. France : Bréal.
- Bourdieu, P. (1986). L'illusion biographique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 62(63), 69-72.
- Bourgeois, M.-L. (2003). *Deuil normal, deuil pathologique. Clinique et psychopathologie*, Rueil-Malmaison, Doïn.
<https://www.erudit.org/fr/revues/fr/2014-v26-n1-2-fr02300/1034383ar/>

- Bourgeois, M-L. (2013). *Deuils compliqués*. Repéré à <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S092493381300237X>
- Bridges, W. (2006). *Transitions de vie : comment s'adapter aux tourments de notre existence*. Paris, France : Éditions Dunod.
- Brillon, P. (2012). *Quand la mort est traumatique*. Québec, Montréal : Éditions Québecor.
- Brioul, M. (2017). *Le temps du deuil en institution médico-sociale : comprendre et soutenir*. Montrouge. France : ESF.
- Brousseau, Y. & Ouellet, N. (2010). Description de la fatigue chez les proches-aidants d'un parent atteint de troubles cognitifs. *L'infirmière clinicienne*, 7(1), 25-32.
- Bowlby, J. (1999). *La perte : tristesse et dépression*. Paris. France : Presses Universitaires de France.
- Camarra, J. (2011). *Regard sur la réalité des femmes de 65 ans et plus de la région de Lanaudière*. Conseil du statut de la femme. Repéré à <http://www.csf.gouv.qc.ca/.../regard-sur-la-réalité-des-femmes-65-ans-et-plus-dans-lanaudière/>
- Charazac, P. (2005). *Comprendre la crise de la vieillesse*. Paris, France : Éditions Dunod.
- Charpentier, M., Quéniart, A. (2011). Les personnes âgées : Repenser la vieillesse, renouveler les pratiques. <https://www.erudit.org/fr/revues/nps/2011-v24-n1-nps031/1008215ar/>
- Choinière, R. (2010). Vieillesse de la population : état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée. *Institut national de santé public du Québec*. Repéré à <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publication/1082-VieillessePop.pdf>
- Clausen, J. A. (1995). Gender, contexts and turning points in adult's lives. Dans Moen, P., Elder, G. H. & Luscher, K. *Examining lives in contexts: Perspectives on the ecology and human development*, (p. 365-389). Washington, DC Éditions : American psychological association.
- Côté, L. (1996). Les facteurs de vulnérabilités et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 209-228.
- Cyrulnik, B. & Jorland, G. (2012). *Résilience : connaissances de base*. Paris, France : Éditions Odile Jacob.
- De Coninck, F. & Godard, F. (1990). *Génération et cycles de vie*. Québec, Canada : Éditions Presses de l'Université du Québec.

- Delage, M. & Lejeune, A. (2009). *La résilience de la personne âgée, un concept novateur pour prendre en soin la dépendance et la maladie d'Alzheimer*. Marseille, France : Éditions Solal.
- Delage, M., Lejeune, A., & Delahaye, A. (2017). *Pratiques du soin et maladies chroniques graves : Approche systémique et résilience*. Louvain-la-Neuve, Belgique : Éditions De Boeck Supérieur.
- Dewilde, C. (2003). A life course perspective on social exclusion and poverty. *British journal of sociology*, 54(1), 109-128.
- Dumoulin, M. (2009). La mort périnatale : accompagnement à l'hôpital des familles endeuillées. Dans E. Hirsch (Éds), *Face aux fins de vie et à la mort* (p. 365-369). Paris, France : Éditions Vuibert
- Elder, G. H. (1995). The life course paradigm: Social and individual development. Dans Moen, P., Elder, G. H. & Luscher. *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development*. (p. 101-139). Washington. É.-U.: Éditions American Psychological Association.
- Elder, G. H., Johnson, M. K. & Crosnoe, R. (2004). The Emergence and development of life course theory. Dans Mortimer, J T. & Shanahan, M. J. (Éds), (2004). *Handbook of the life course*, (p. 3-19). New York: Éditions Springer.
- Elder, G. H. & Shanahan, M. J. (2006). The life course and human development. Dans W. Damon & R. M. Lerner (Éds), *Handbook of child psychology* (p. 665-715). New York : Éditions Wiley.
- Fauré, C. (1995). *Vivre le deuil au jour le jour : réapprendre à vivre après la mort d'un proche*. Paris, France : Éditions Albin Michel.
- Ferraro, K. F. & Shippee, T. P. (2009). Aging and cumulative inequality: how does inequality get under the skin. *The gerontologist*. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2721665/>
- Fraley, R. C., & Shaver, P.R. (1999). Loss and bereavement: Attachment theory and recent controversies concerning grief work and the nature of detachment. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment : Theory, research, and clinical applications* (pp. 735-759). New York, NY, US: The Guilford Press.
- Francoeur, M-C., Michaud, A., Dallaire, L., Pacaut, P. & Gladu, D. (2012). *Les aînés du Québec : quelques données récentes*. Repéré à http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Les_aines_du_Quebec.pdf
- Freud, S. (1917). Deuil et mélancolie. Dans Freud, S. *Introduction à la psychanalyse*. Paris. France : Galimard.

- Gaudet, S. (2013). Comprendre les parcours de vie : une lecture au carrefour du singulier et du social. Dans S. Gaudet (Éds), *Repenser la famille et ses transitions. Repenser les politiques publiques* (p. 15-51). Québec, Canada : Éditions PUL.
- Gherghel, A. & Saint-Jacques, M.-C. (2013). *La théorie du parcours de vie. Une approche interdisciplinaire dans l'étude des familles*. Québec, Canada : Éditions Les Presses de l'Université Laval.
- Godard, F. (1986). La définition des âges de la vie. *Enquête*. Repéré à <http://www.enquête.Revue.org/84>
- Goldbeter-Merinfeld, E. (2005). *Le deuil impossible. Familles et tiers pesants*. Bruxelles, Belgique : Éditions De Boeck.
- Grenier, J. (2011). *Regard d'ainés sur le vieillissement : autonomie, reconnaissance et solidarité*. *Nouvelles pratiques sociales*, 24(1) 36-50.
- Grenier, J. et Bourque, M. (2016). *Les politiques publiques et les pratiques managériales : impacts sur les pratiques du travail social, une profession à pratique prudentielle*. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-forum-2016-1-page-8.htm?try-download=1#>
- Groulx, B. (2003). Souffrances psychiques chez la personne âgée. Dans Allard, J., Hottin, P., Préville, M, (Éds), *Vieillesse et problèmes de santé mentale* (p. 8-15). Québec, Canada : Éditions Bibliothèque nationale du Canada.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1994). Competing Paradigms in Qualitative Research. Dans Denzin, N.K et Lincoln, Y. S. (dir.), *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Guilbault, C.; Dal, L.; Poulin, M. (2007). *Le veuvage et après*. Repéré <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-2-page-163.htm>
- Guillemard, A. M. (2003). La nouvelle flexibilité temporelle du parcours de vie. Dans S. Cavalli, J.-P. Fragnière (Éds), *L'avenir, attentes, projets, illusions, ouvertures* (p. 27-42). Lausanne, Suisse : Éditions Réalités sociales.
- Hacker, J. & Pierson, P. (2010). *Winner-take-all politics: How Washington made the rich richer and turned its back on the middle class*. New York: Éditions Simon & Schuster.
- Hanus, M. (1994). *Les deuils dans la vie : deuils et séparations*. Paris. France : Maloine.
- Hanus, M. (2004). *Le deuil après le suicide*. Paris. France : Maloine.
- Hanus, M.; Cornille, M-E; Séjourné, C.; & Foriat C. (2006). *Comment surmonter son deuil*. Paris, France : Éditions J. Lyon.

- Hanus, M. (2009). *Les deuils au grand âge*. Repéré à https://www.cairn.info/article_p.php?ID_ARTICLE=ESLM_135_0089
- Hesse, H. (2000). *Bilan de vie : quand le passé nous rattrape*. Québec, Québec : Éditions Québecor.
- Héту, J.L. (1994). *Psychologie du mourir et du deuil*. Montréal, Québec : Éditions Méridien.
- Héту, J.L. (2000). *Bilan de vie : quand le passé nous rattrape*. Montréal, Québec : Éditions Fides.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2016). *Démographie : la population du Québec et les familles*. Repéré à <http://www.mfa.gouv.qc.ca/.../Famille/...famille-quebec/...famille/demographie-population-famille.aspx>
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2017). *Le Québec chiffres en main*. Repéré à http://www.stat.gouv.qc.ca/quebec-chiffre-main/pdf/qcm2017_fr.pdf
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2017). *Le vieillissement au Québec : d'ici une vingtaine d'années, la société québécoise sera l'une des plus vieilles en Occident*. Repéré à <http://www.inspq.qc.ca/le-vieillissement-au-quebec>.
- Jeffrey, D. (2004). Le chercheur itinérant, son éthique de la recherche et les critères de validation de sa production. Repéré à www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/.../texte%20Jeffrey%20actes.pdf
- Krauss, A.S. & Lilienfeld, A.M. (1959). Some epidemiological aspects of the Mortality rate in the young, widowed group. *Journal of chronic diseases*, 10, (3), 207-217. Doi : 10. 1016/0021-9681(59)90003-7
- Kruger, H. & Lévy, R. (2001). Linking life course, work and the family: Theorizing a not so visible nexus between women and men. *Canadian journal of sociology*, 26(2) 145-166.
- Kunzi, D. (2008). *Accompagner la vie, accompagner la souffrance: une analyse en milieu hospitalier*. Paris, France : Éditions L'Hermattan.
- Lamboy, B. (2007). *La mort réconciliée. Du refus à l'acceptation*. Bruxelles. Belgique : Éditions Bernard Gilson.
- Lamoureux, A. (2006). *Recherche et méthodologie en sciences humaines*. Montréal. Québec : Éditions Beauchemin.
- Lecomte, J. (2005). *Les caractéristiques des tuteurs de résilience. Recherches en soins infirmiers*. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-22.htm>

- Levy, R. & Pavie Team (2005). Why look at life courses in an interdisciplinary perspective? Dans R. Levy, P. Ghisletta, J.-M. Le Goff, D. Spini & E. Widmer (Éds), *Towards an interdisciplinary perspective on the life course* (p. 3-32). Oxford: Éditions Elsevier.
- Liao, T. F. & Hronis, C. (2007). The polish peasant and the sixth life course principle. *Polish sociological review*, 158(4) 173-185.
- Limosin, F., Manetti, A., Renè, M. & Schuster, J.-P. (2015). Dépression du sujet âgé: données épidémiologiques, aspects cliniques et approches thérapeutiques spécifiques. *Neurologie-psychiatrie-Gériatrie*, 15(89) 255-261
- Lozeau, D. (2005). *Les soins de santé au Québec. Entrevue du professeur-chercheur de l'ÉNAP. Propos recueillis par Claude Morin.* Repéré à http://www.quebec.ca/mag/2005_04.pdf
- Lussier, M. (2007). *Le travail du deuil*. Paris. France : Presses Universitaires de France.
- Mc Daniel, S. & Bernard, P. (2011). Life course as a policy lens: Challenges and opportunities. *Canadian public policy/Revue de politiques publiques*, 27(3) 1-13.
- Mias, M., et Lac, M. (2012). Recherche professionnelle, recherche scientifique : quel statut pour les recherches en travail social. *Cairn.info*. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2012-page-111.htm>
- Miles, A. et Huberman, M. (2005). *Analyse des données qualitatives*. Deuxième édition. Paris. France : De Boeck.
- Ministère de la famille et des aînés (MFA). (2012). *Viellir et vivre ensemble : chez soi dans sa communauté, au Québec*. Repéré à <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/politique-vieillir-et-vivre-ensemble.pdf>
- Ministère de la famille et des aînés(MFA). (2017). *Les personnes âgées de 65 ans ou plus : données populationnelles*. Repéré à <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/aines/.../Pages/personnes-agee-65-donnees.aspx>
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2010). *Plan stratégique 2010-2015*. Repéré à <http://publications.msssgouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2014). *État de santé et de bien-être de la population québécoise*. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/en-bref/etat-de-santé>
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2015). *Établissements de santé et des services sociaux*. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/réseau/établissements.php>

- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2016). *Forum sur les meilleurs pratiques en CHSLD*. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnel/soins-et-services/forum-chsld/description-du-forum>
- Monbourquette, J. & Lussier-Roussel, D. (2003). *Le temps précieux de la fin*. Montréal, Québec : Éditions Novalis.
- Monbourquette, J. (2004). *Grandir : Aimer perdre, grandir*. Ottawa, Canada : Novalis.
- Monbourquette, J. & D'Aspremont, I. (2011). *Excusez-moi, je suis en deuil*. Montréal, Canada : Novalis.
- Montagner, H. (2003). *L'attachement, des liens pour grandir plus vite*. Paris, France : Éditions L'Hermattan.
- Norbert, E. (1982). *La solitude des mourants*. Paris. France : Pocket.
- Paillé, P. (2012). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045-page-231.htm>
- Parkes, C.M. (2001). An historical overview of scientific study of bereavement. In M.S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp.25-45). Washington, DC: American Psychological Association.
- Plamondon, L. (2010). *Négligence meurtrière chez les aînés : quand la protection contre la mort évitable exclut les aînés vulnérables*. Repéré à <http://www.aqpv.ca/index.php/plan-du-site/21-service-et-activités/publication/50-actes-de-colloques>
- Quivy, R. & Campenhout, L-V. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris, France : Éditions Dunod.
- Raimbault, G. (2004). *Parlons du deuil*. Paris, France : Éditions Payot.
- Richard, J. & Mateev-Dirkx, E. (2004). *Psychogérontologie. Médecine et psychothérapie*. Paris, France : Éditions Masson.
- Robert, A.D., & Bouillaguet, A. (1997). *L'analyse de contenu. Que sais-je?* France : PUF.
- Rochon, M. (2002). Vieillesse démographique et dépenses de santé et de soins de longue durée au Québec, 1981-2051. *Santé, société et solidarité*, 1(2) 155-171. Repéré à http://www.persee.fr/doc/oss_1634-1876_2002_num_1_2_905
- Ross, E.K. & Kessler, D. (2009). *Sur le chagrin et le deuil : trouver un sens à sa peine à travers les cinq étapes du deuil*. Paris, France : Éditions J.C. Lattès.

- Rougeul, F. (2003). *Famille en crise : Approche systémique des relations humaines*. Genève, Suisse : Éditions Georg.
- Sapin, M., Spini, D. & Widmer, E. D. (2007). *Les parcours de vie. De l'adolescence au grand âge*. Lausanne, Suisse : Éditions Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Sauteraud, A. (2012). *Vivre après ta mort. Psychologie du deuil*. Paris, France : Éditions Odile Jacob.
- Savoie-Zajc, L. (2000). L'analyse de données qualitatives : pratiques traditionnelles et assistée par le logiciel NUD*IST. *Recherches qualitatives*, 20, 99-123.
- Séguin, M & Fréchette, L. (1999). *Le deuil : une souffrance à comprendre pour mieux intervenir*. Montréal, Québec : Éditions Logiques.
- Simard, N. (2006). Spiritualité et santé. *Reflets : revue ontarienne d'intervention sociale et communautaire*, 12(1) 107-126.
- Statistiques Canada (2011). Nouvelles tendances dans le mode de vie et la conjugalité des personnes âgées d'aujourd'hui et de demain. <https://www150statcan.gc.ca/n1/pub/75-006/2014001/article/11904-fra.ht>
- Susana T; Isabel S; Eva M; Daniel S; Élisabeth C. (2007). *La théorie de l'attachement: son importance dans un context pédiatrique*. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-devenir-2007-2-page-151.htm>
- Tesch, R. (1990). *Qualitative research : Analysis Types and Software Tools*. New York: The Falmer Press.
- Thériault, H.; Séguin, M.; Drouin, M-S. (2012). L'influence des circonstances du décès sur l'ajustement au deuil. *Frontières* 14(1-2). Repéré à <https://www.erudit.org/fr/revues/fr/2011-v24-n1-2-fr0357/1013084ar.pdf>
- Tremblay, G. (2011). *Principales approches en travail social. Méthodologie De l'intervention sociale personnelle*. Québec, Québec : Éditions Presses de l'Université Laval.
- Trudel, P. & Gilbert, W. (2000). Compléter la formation des chercheurs avec le logiciel NUD*IST. *Recherches qualitative en éducation*, 20, 87-111.
- Verdon, B. (2012). *Cliniques du sujet âgé. Pratiques psychologiques*. Paris, France : Éditions Armand Colin.
- Verhesschen, P. (2006). *Pratiques de la recherche narrative : avantages et limites. L'analyse qualitative en éducation*. Repéré à <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-education--9782804150518-page-199.htm>

Worden, J. W. (1996). *Children and grief: when a parent dies*. New York. É.-U.: Éditions The Guilford Press.

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

ANNEXE A : Publicité pour le projet de recherche



Recherchées : Personnes âgées ayant vécu le décès d'un conjoint

En collaboration avec un CHSLD et une RPA, je poursuis, à titre d'étudiant à la maîtrise en travail social à l'Université du Québec en Outaouais, une étude portant sur l'influence que peut avoir le décès d'un conjoint sur le parcours de vie de son (sa) compagnon. La recherche vise à mieux comprendre comment l'endeuillé réajuste sa vie après le décès de son conjoint.

Si :

- Vous êtes un adulte de 18 ans et plus
- Vous avez vécu le décès de votre conjoint
- Vous êtes intéressé à partager votre expérience pour les fins de la présente recherche

Vous êtes peut-être la personne que je cherche. La participation souhaitée consiste à être disponible pour m'accorder une entrevue d'une durée approximative de 1h30.

Si vous êtes intéressé (é) à participer à cette étude et souhaitez obtenir plus de précisions, veuillez communiquer avec moi, Jocelyn GASTON, au ----- ou par courriel à l'adresse suivante -----

Merci pour votre précieuse collaboration.

ANNEXE B : Formulaire de consentement



Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau
(Québec) J8X 3X7

www.uqo.ca/ethique

Comité d'éthique de la recherche

Formulaire de consentement

«La réorganisation du parcours de vie des personnes âgées endeuillées de leurs conjoints
en milieu d'hébergement»

Présentation de l'étudiant-chercheur :

Jocelyn GASTON, étudiant à la maîtrise en travail social de l'Université du Québec en Outaouais. Cette recherche est réalisée sous la supervision de Josée Grenier et de François Aubry, professeurs au département de travail social à l'Université du Québec en Outaouais.

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre, qui vise à mieux comprendre comment les trajectoires de vie des endeuillés sont susceptibles d'être modifiées en fonction de la réalité de décès du conjoint et aussi comment ils réajustent leur vie après le décès du conjoint. Ce projet de recherche ne bénéficie d'aucune subvention. Les objectifs de ce projet de recherche sont de comprendre les influences du décès d'un conjoint d'une personne âgée vivant en CHSLD sur sa trajectoire de vie; de comprendre les effets et les conséquences du deuil sur sa vie; d'identifier les sources de soutien dont elle bénéficie pour faire face au deuil; d'analyser en quoi son parcours de vie s'est modifié suite au décès de son conjoint.

Votre participation à la recherche consiste à remplir un questionnaire de données sociodémographiques avant de nous accorder une entrevue d'une durée approximative de

1h30. Cette rencontre, réalisée dans un endroit calme de votre choix (chambre, bureau, etc.) vous permet de partager votre expérience de personne endeuillée et de donner votre point de vue sur l'influence que ce décès a pu avoir sur votre parcours de vie. Cette entrevue pourrait être enregistrée sur du matériel audio. Acceptez-vous que l'entrevue soit enregistrée sur du matériel audio?

Oui, j'accepte

Non, je refuse

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais¹⁵. Tant les données recueillies que les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Pour des raisons de confidentialité, toutes les données sociodémographiques susceptibles de vous identifier seront conservées et gardées sous clé pour une période de cinq ans. Passé cette période, elles seront détruites. Votre nom sera remplacé par un code pendant le traitement des données. Seuls le chercheur et les deux directeurs du mémoire auront accès à ces données. Personne d'autre ne pourra les consulter ou vous identifier. La publication émanant de cette recherche, par le biais de l'Université du Québec en Outaouais, ne donne accès à aucune de vos données sociodémographiques. Les données recueillies seront strictement utilisées pour la rédaction d'un mémoire de maîtrise. Le mémoire sera disponible sur le site de la bibliothèque de l'Université du Québec en Outaouais.

¹⁵ Notamment à des fins de contrôle et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'Université du Québec en Outaouais, conformément au *Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications*.

Cette étude a obtenu l'approbation officielle du Comité éthique de la recherche sur des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais dont le numéro est le suivant : 2921.

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. Les risques associés à votre participation sont minimaux. Cette étude traitant du deuil, sujet délicat, pourrait vous faire vivre ou revivre des émotions inconfortables, douloureuses ou désagréables. Je m'engage à prendre des mesures pour les minimiser ou les pallier. Dans le cas où le besoin d'une aide se ferait sentir, une travailleuse sociale du CHSLD est disponible pour du soutien nécessaire à votre cas. Notons que sur le plan de votre santé physique, aucun risque connu n'est à craindre.

La contribution à l'avancement des connaissances sur le deuil chez les aînés vivant en CHSLD et en RPA sont les bénéfices directs anticipés. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée pour votre participation.

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Jocelyn Gaston, chercheur-étudiant au ----- ou par courriel à l'adresse suivante : ----- . Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec le président du Comité éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais.

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation à ce projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques et professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet

de recherche. En conséquence, vous ne devrez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer. Le formulaire est signé en deux exemplaires et j'en conserve une copie.

Consentement à participer au projet de recherche :

Nom du participant : -----Signature du participant : -----

Date : -----

Nom du chercheur : -----Signature du chercheur-----

Date : -----

ANNEXE C : Guide de l'entrevue

<p>L'entrevue vise l'exploration de trois sphères d'influence sur la vie du participant : la vie globale du sujet au moment du décès de son conjoint; les impacts de cet événement sur sa vie et les influences du décès sur ses décisions futures. Exploration générale du contexte de vie du sujet.</p>
<p>Exploration de la vie du sujet</p>
<p>Contexte personnel : âge, circonstances de l'hébergement, réactions émotionnelles au décès du conjoint, etc.</p>
<p>Contexte historique : histoire familiale, liens d'intimité, solidarité, période du décès, etc.</p>
<p>Contexte social : réaction de l'entourage, soutien de proches, etc.</p>
<p>Exploration des impacts du décès sur le sujet</p>
<p>Impact social : diminution ou augmentation des fréquentations sociales, aide et support sociaux, etc.</p>
<p>Impact relationnel : consolidation ou relâchement des liens familiaux, amicaux, professionnels, etc.</p>
<p>Impact de santé : détérioration ou amélioration de la santé physique et mentale.</p>
<p>Impact spirituel : référence à un être suprême, à des habitudes sereines de vie.</p>
<p>Exploration des modifications de sa trajectoire de vie après le décès</p>
<p>Trajectoires économiques : vente de biens, meubles ou immeubles ; détériorations des conditions de santé ou améliorations des revenus, etc.</p>
<p>Trajectoires sentimentales : se remarier, avoir des amis, faire des enfants, etc.</p>

ANNEXE D : Fiche signalétique

Fiche signalétique

Participant no. ----- Date de l'entrevue : -----/-----/-----

Âge	
Genre	
Nombre d'années en CHSLD ou RPA	
Situation conjugale (célibataire, veuf, marié, union libre)	
Enfants (nombres et âge)	
Personnes décédées (Conjoint, enfant, frère, sœur, etc.)	
Âge de la personne au décès	
Type de mort (maladie, suicide, subite, homicide)	