

Université de Montréal

Une intervention individuelle visant à faciliter la sexualité des personnes âgées en CHSLD

Par Laurence Séguin-Brault

École de service social
Faculté des études supérieures

Essai critique de stage présenté à la faculté des études supérieures en vue de l'obtention
du grade de la maîtrise ès sciences (M.Sc.) en service social

2015

REMERCIEMENTS

J'aimerais offrir mes sincères remerciements à Patrick Cloos, professeur du volet santé - citoyenneté qui a guidé et encadré la réalisation de mon projet et la rédaction de mon essai, pour sa souplesse et sa flexibilité ainsi que la profondeur de ses réflexions et ses commentaires aux plans social, politique, médical et anthropologique.

Un énorme merci à Geneviève Leclerc, superviseure de stage, pour sa confiance et son appui inconditionnel tout au long de mon stage. Cela m'a permis de prendre les devants à plusieurs reprises et continuer à développer mon identité professionnelle.

J'aimerais remercier chaleureusement André Dupras pour son temps et le partage de son expertise.

J'aimerais remercier Alison Weinberger, une excellente travailleuse sociale qui m'a beaucoup marquée et influencée aux niveaux personnel et professionnel, demeurant sans contredit un modèle à mes yeux.

J'aimerais souligner la contribution de Gabrielle Piédalue, Valérie Savard-Payeur et Catherine Ouellette, lesquelles ont fait toute la différence dans mon parcours à la maîtrise en service social. Je vous aime les filles !

J'aimerais remercier Anne-Marie Pineault, Marion Onno et Rose Marie Lebeau pour leur écoute, leur sensibilité et leur support lors des séminaires de stage.

J'aimerais remercier de tout mon cœur Philippe Dauphin Ducharme, mon copain, qui terminait son doctorat cette année. Nous avons réussi cette épreuve ensemble !

Un grand merci à ma famille sans qui je ne serais pas la personne que je suis devenue ainsi que mes amies pour leur présence, leur soutien et leur patience remarquables lors des remises en question et des moments plus difficiles.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE I: Description du contexte du stage	4
1.1 <u>Le milieu de stage</u>	4
1.2 <u>Le rôle du travailleur social au Centre d'hébergement Laurendeau</u>	7
1.3 <u>Les objectifs du projet du stage</u>	8
CHAPITRE II: Description de la problématique	9
2.1 <u>La sexualité</u>	9
2.1.1 <u>La définition de la sexualité</u>	9
2.1.2 <u>Les apports associés à la sexualité</u>	10
2.2 <u>La sexualité des personnes âgées</u>	10
2.2.1 <u>La sexualité des personnes âgées en centre d'hébergement</u>	11
2.2.2 <u>Les orientations ministérielles et le constat des faits en CHSLD</u>	13
2.2.3 <u>Les stratégies proposées en CHSLD</u>	14
2.3 <u>Le questionnement ayant suscité le projet d'intervention</u>	15
CHAPITRE III: Présentation du cadre théorique, la méthodologie et l'approche d'intervention	17
3.1 <u>Le cadre théorique</u>	17
3.1.1 <u>La conjonction pouvoir-savoir</u>	18
3.1.2 <u>Le modèle médical en CHSLD</u>	18
3.1.3 <u>Les relations de pouvoir entre les résidents et le personnel en CHSLD</u>	20
3.2 <u>La méthodologie</u>	21
3.2.1 <u>Les bases de l'intervention individuelle</u>	21
3.2.2 <u>La justification de l'intervention individuelle dans le cadre de ce projet de stage</u>	22
3.3 <u>L'approche d'intervention</u>	23
3.3.1 <u>Les pratiques de l'approche structurelle</u>	24
3.3.2 <u>Les limites de l'approche structurelle dans le contexte de ce projet de stage</u>	26
CHAPITRE IV: Présentation du projet d'intervention	28
4.1 <u>Les objectifs de l'intervention</u>	28

4.2 <u>La démarche d'élaboration de l'intervention</u>	29
4.2.1 <u>Les critères de sélection</u>	30
4.2.2 <u>La description du processus de recrutement</u>	31
4.3 <u>La mise en place de l'intervention</u>	31
4.3.1 <u>Le portrait des participants</u>	32
4.3.2 <u>Les techniques d'intervention privilégiées</u>	32
4.3.3 <u>Les thématiques discutées lors des rencontres</u>	33
4.4 <u>Les principes éthiques respectés</u>	35
CHAPITRE V: Bilan de l'intervention	37
5.1 <u>La perception des participants de l'intervention</u>	37
5.2 <u>Quelques réflexions ayant émané de l'intervention</u>	38
5.3 <u>Les limites de l'intervention individuelle et l'approche structurelle en contexte</u> <u>d'hébergement</u>	40
5.4 <u>Le retour sur la question directrice et les objectifs de l'intervention</u>	42
5.5 <u>Les retombées potentielles de l'intervention</u>	44
CHAPITRE VI: Bilan de l'implantation	46
6.1 <u>Les facteurs organisationnels</u>	46
6.1.1 <u>Le manque de ressources matérielles pour les stagiaires</u>	46
6.1.2 <u>Les contraintes institutionnelles</u>	47
6.2 <u>Les facteurs professionnels</u>	48
6.2.1 <u>Le manque de considération pour les stagiaires</u>	48
6.3 <u>Les facteurs sociaux</u>	49
6.3.1 <u>Les restrictions budgétaires</u>	49
CONCLUSION	50
RÉFÉRENCES	54
ANNEXE A: Formulaire d'information	
ANNEXE B: Questionnaire d'appréciation	
ANNEXE C: Dépliant informatif	

INTRODUCTION

La sexualité des personnes âgées est une question qui a longtemps été mise sous silence dans les centres d'hébergement (Dupras, 2007). Dans un premier temps, les mythes, les préjugés, les croyances populaires et les représentations sociales ont alimenté cette situation, propageant l'idée selon laquelle les personnes âgées sont asexuées et ne s'intéressent pas à la sexualité ou, au contraire, sont désinhibées et hypersexuées (Dupras, 2007). Par exemple, il y a le stéréotype du « vieux pervers » et celui de la « vieille trop sexy », démontrant que la sexualité des personnes âgées demeure, encore aujourd'hui, minée par une vision négative et péjorative. Dans un deuxième temps, le caractère public d'un établissement hospitalier ne permettait pas l'expression des besoins sexuels des résidents, appartenant plutôt au domaine privé (Dupras, 2007). Toutefois, les mentalités tendent à changer tout comme les centres d'hébergement, car depuis quelques décennies, des publications soulignent et appuient l'importance de reconnaître les besoins sexuels des personnes âgées (Dupras, 2007).

D'abord, le respect des droits sexuels des résidents varie en fonction de plusieurs facteurs, tels que les politiques institutionnelles, la philosophie organisationnelle et les aménagements physiques (Dupras, 2007). De plus, il nécessite un changement des attitudes et des perceptions du personnel face à la sexualité des résidents (Dupras, 2007). En ce sens, celles-ci sont appelées à évoluer, car on perçoit et on ressent de plus en plus une ouverture et une réceptivité de leur part (Dupras, 2011). Par contre, cela doit mener à des actions et des pratiques concrètes afin de favoriser l'expression sexuelle des résidents, car ils devraient pouvoir vivre dans un environnement leur permettant d'avoir une sexualité aussi normale et épanouie que possible (Dupras, 2007). Pourtant, la sexualité représente un défi de taille pour les résidents voulant avoir des activités sexuelles, car ceux-ci rencontrent de multiples obstacles et contraintes quant à la satisfaction de leurs désirs et leurs besoins sexuels en centre d'hébergement (Bauer, Nay et McAuliffe, 2009 ; Frankowski et Clark, 2009; Hillman, 2012). Bien que la sexualité des personnes âgées suscite de plus en plus de réflexions et de discussions, aucune intervention psychosociale n'a été réalisée jusqu'à ce jour directement auprès des résidents pour faciliter l'expression de leur sexualité en centre d'hébergement.

Le stage s'est déroulé au Centre d'hébergement Laurendeau, lequel fait partie du Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord (CSSSAM-N)¹. Cet établissement public est situé dans l'arrondissement d'Ahuntsic-Cartierville sur l'île de Montréal (Demers, Larocque, Ouellet et McNeil, 2004 ; Girard et al., 2014). Ce centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) accueille une clientèle adulte qui n'est plus en mesure de demeurer à domicile, car elle présente des besoins multiples et complexes liés à une perte d'autonomie (Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord, 2012).

Le présent projet cible les personnes âgées en CHSLD. Il porte sur la nécessité et la faisabilité d'une intervention psychosociale adaptée à la réalité de la clientèle en contexte d'hébergement, soit aux attentes spécifiques des résidents et aux structures organisationnelles de l'établissement. De façon plus précise, j'ai tenté de répondre à la question suivante : une intervention individuelle auprès des personnes âgées en CHSLD permettrait-elle de faciliter l'expression de leur sexualité?

Afin de saisir la source et la nature de la problématique, les principes avancés par Michel Foucault ont été choisis comme cadre d'analyse, permettant de mieux comprendre la problématique. En se penchant sur la conjonction pouvoir-savoir et la présence encore prédominante du modèle médical en CHSLD, cette perspective théorique a permis de faire ressortir les relations de pouvoir entre les résidents et le personnel. Considérant la nature du sujet et la spécificité de la clientèle en contexte d'hébergement, une intervention individuelle a été jugée préférable. Ainsi, ce projet de stage propose une intervention individuelle axée sur la sexualité en s'appuyant sur les pratiques de l'approche structurelle, permettant d'orienter et d'encadrer ladite intervention.

Le présent projet de stage comporte deux parties. La première partie a été consacrée à l'intervention auprès des résidents. L'objectif général de l'intervention était de faciliter l'expression de la sexualité des personnes âgées en CHSLD. Plus précisément, l'intervention

¹ Le CSSSAM-N est devenu le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, le 1^{er} avril 2015, soit la date d'entrée en vigueur du Projet de loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (Assemblée nationale du Québec, 2015). Il est à noter que le stage s'étant terminé avant cette date, cet essai critique fait référence aux termes en cours à ce moment.

avait comme but d'accompagner les résidents afin qu'ils puissent maintenir, préserver et améliorer leur qualité de vie, leur bien-être et leur santé générale dont la sexualité est partie prenante. La deuxième partie a été consacrée à la création d'un dépliant informatif pour les nouveaux résidents du Centre d'hébergement Laurendeau. Plus spécifiquement, suite à la recension des écrits et le sommaire de ce qui a été verbalisé par les participants lors de l'intervention, il s'est avéré nécessaire de transmettre des informations quant à ce qui entoure l'expression de la sexualité des personnes âgées en CHSLD. Ce dépliant se veut une source d'information pour les nouveaux résidents, mais aussi pour leurs conjoints ainsi que leur entourage.

Cet essai critique comprend six chapitres. Le premier chapitre décrit le contexte dans lequel le projet de stage s'est déroulé, soit le milieu de stage (la mission, les soins et les services offerts, les types de programmes, le mode de financement ainsi que la population desservie par l'établissement, c'est-à-dire les caractéristiques sociodémographiques), le rôle du travailleur social au Centre d'hébergement Laurendeau, puis les objectifs du stage. Le deuxième chapitre expose la problématique, à partir de ce qui a été documenté dans la littérature. Le troisième chapitre présente le cadre théorique, la méthodologie et l'approche d'intervention. Dans ce chapitre, l'intervention individuelle et l'approche structurelle seront désignées comme étant des avenues appropriées compte tenu de la problématique et la clientèle en contexte d'hébergement. Le quatrième chapitre précise le projet d'intervention, dont les démarches d'élaboration et d'implantation. Le cinquième chapitre détaille un bilan de l'intervention, incluant un regard réflexif et une analyse critique selon ce qui a été expérimenté, afin de déterminer si les objectifs de l'intervention ont été atteints. Le sixième chapitre détaille un bilan de l'implantation, soulignant ce qui a nui et ce qui a aidé à la réalisation du projet de stage par rapport à ce qui avait été envisagé et planifié initialement. Enfin, pour conclure, quelques enjeux et pistes de réflexion en rapport avec la problématique et le projet d'intervention seront soulevés.

CHAPITRE I

Description du contexte du stage

Ce chapitre comprend une description du contexte dans lequel le projet de stage s'est déroulé. Dans un premier temps, le milieu de stage, soit la mission, les soins et les services offerts, les types de programmes, le mode de financement ainsi que la population desservie par l'établissement, c'est-à-dire les caractéristiques sociodémographiques, sera précisé. Dans un deuxième temps, le rôle du travailleur social au Centre d'hébergement Laurendeau sera explicité. Dans un troisième temps, les objectifs du stage seront présentés.

1.1 Le milieu de stage

Le projet de stage a eu lieu au Centre d'hébergement Laurendeau, lequel relève de la Direction des services aux aînés du CSSSAM-N. Le Centre d'hébergement Laurendeau est un établissement public localisé dans l'arrondissement d'Ahuntsic-Cartierville sur l'île de Montréal, plus spécifiquement au 1725 boulevard Gouin Est (Demers, Larocque, Ouellet et McNeil, 2004 ; Girard et al., 2014). Le bâtiment a été construit durant les années soixante-dix près de la rivière des Prairies (Demers, Larocque, Ouellet et McNeil, 2004). Ce CHSLD compte six unités de soins et de services, soit une unité par étage, lesquelles sont divisées en trois ailes, c'est-à-dire l'aile A, l'aile B et l'aile C (Demers, Larocque, Ouellet et McNeil, 2004 ; Girard et al., 2014).

Le Centre d'hébergement Laurendeau est financé et administré majoritairement par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et ainsi, par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Il est soumis aux contrôles et aux obligations de qualité lors des visites d'appréciation de la qualité des services imposées par le MSSS, lesquelles font suite aux orientations ministérielles détaillées dans le document intitulé *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Orientations ministérielles* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003). Il veille alors au respect des orientations ministérielles émises par le MSSS (Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord, 2010 ; Girard et al., 2014). Le Centre d'hébergement Laurendeau est régi et balisé, au même titre que les autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, par la Loi sur les services de

santé et les services sociaux (LSSSS)² à laquelle s'ajoutent notamment le Code civil du Québec et la Charte des droits et libertés de la personne (Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord, 2010 ; Riendeau, 2006). Plusieurs articles de loi pourraient être cités pour illustrer la mission et les assises légales des CHSLD. Par exemple, tel que précisé par l'article 83 de la LSSSS,

La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations. (Publications du Québec, 1991, c. 42, a. 83)

En ce sens, l'objectif du Centre d'hébergement Laurendeau est d'accueillir une clientèle adulte qui n'est plus en mesure de demeurer à domicile, car elle présente des besoins multiples et complexes, puis d'offrir un milieu de vie accueillant, chaleureux, sécuritaire et respectueux où les personnes possédant une histoire et une expérience de vie unique peuvent continuer de vivre et de s'épanouir malgré une perte d'autonomie (Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord, 2012). Pour ce faire, le personnel comprend l'équipe clinique, laquelle est composée de préposés aux bénéficiaires, de préposés aux bénéficiaires et moniteurs en loisirs, d'infirmiers auxiliaires, d'infirmiers, d'infirmiers en prévention des infections, d'infirmiers assistants du supérieur immédiat, d'infirmiers chef d'unité ; puis de l'équipe de services professionnels, laquelle est composée de techniciens en orthèses-prothèses, d'un technicien en loisirs, de techniciens en éducation spécialisée, d'un thérapeute en réadaptation physique,

² La LSSSS, adoptée en 1991, vise à orienter et encadrer les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, puis à assurer le bien-être et la santé globale de la population en améliorant la qualité, la continuité, l'accessibilité et l'universalité des soins et des services (Giroux, Rocher et Lajoie, 1999).

d'ergothérapeutes, d'un nutritionniste, d'un diététiste, de techniciens en diététiste, d'un travailleur social, d'un pharmacien, de techniciens en pharmacie et de médecins omnipraticiens. De ce fait, les résidents sont évalués et soignés par une équipe multidisciplinaire qui les réfère à l'externe, au besoin, afin que leur état et leur condition soient suivis et traités de manière appropriée.

Le Centre d'hébergement Laurendeau compte un total de 300 lits, lesquels sont situés dans des chambres simples, soit à occupation singulière (Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord, 2010 ; Demers, Larocque, Ouellet et McNeil, 2004 ; Girard et al., 2014). Le nombre de lits dressés, c'est-à-dire le nombre réel de lits que l'établissement rend fonctionnel dépendamment des ressources financières, humaines et matérielles, est donc de 300 (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 2004). Les lits ont une vocation d'hébergement transitoire (programme transitoire dit « programme 30 ») pour une clientèle dont le lieu d'hébergement choisi n'est pas encore disponible, ou encore, permanente (programme permanent dit « programme 31 ») (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 2004 ; Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord, 2010). La durée moyenne de séjour est environ 3 ans (Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord, 2010). Le Centre d'hébergement Laurendeau reçoit généralement des personnes qui nécessitent 3 heures et plus de soins et de services par jour (Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord, 2010). Les personnes hébergées ont divers diagnostics principaux, soit des problèmes de santé physique, tels que le parkinson, la sclérose en plaques, la sclérose latérale amyotrophique; des problèmes de santé mentale ou cognitive, tels que la démence, la bipolarité, la dépression, la déficience intellectuelle ; des affections ou des pathologies variées, telles que le cancer. Ce profil dénote l'alourdissement de la clientèle dû à la multiplication et, bien souvent, la concomitance des problèmes graves et sévères de santé physique et psychologique (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003). Les personnes hébergées proviennent, dans 48% des cas, du territoire du CSSSAM-N (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 2004). Parmi celles-ci, 23,7% sont des hommes et 76,3% sont des femmes (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 2004 ; Demers, Larocque, Ouellet et McNeil, 2004). Les personnes hébergées sont âgées en moyenne de 82 ans

ou 84 ans, selon les documents consultés, tandis que 7% sont âgées de moins de 65 ans (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 2004 ; Demers, Larocque, Ouellet et McNeil, 2004). Cela désigne une répartition des âges élevée.

1.2 Le rôle du travailleur social au Centre d'hébergement Laurendeau

D'une part, le rôle principal du travailleur social au Centre d'hébergement Laurendeau consiste à évaluer les besoins et les attentes des résidents concernant leur adaptation et leur intégration dans leur nouveau milieu de vie, puis les situations et les événements difficiles ou problématiques qui pourraient être rencontrés. Pour ce faire, le travailleur social collabore avec les autres professionnels au sein de l'établissement, notamment lors d'une rencontre interdisciplinaire et de la création d'un plan d'intervention, ainsi que des Centres locaux de services communautaires (CLSC), lors d'une admission ou d'un retour à domicile. D'autre part, le rôle principal du travailleur social au Centre d'hébergement Laurendeau consiste à offrir le soutien et le support nécessaires aux résidents et leur entourage. Dans la majorité des cas, le suivi et l'accompagnement du travailleur social sont offerts suite à la demande de consultation exprimée par le résident, l'entourage, un membre de l'équipe clinique, ou encore, un membre de l'équipe professionnelle.

Le rôle du travailleur social est composé de certaines tâches précises et de diverses tâches connexes, lesquelles exigent une bonne connaissance des ressources, des types de services dispensés, puis des démarches et des procédures requises pour y avoir accès. Les tâches du travailleur social incluent l'identification des ressources d'aide financière et l'accompagnement lors d'une demande d'exonération financière. Elles correspondent aussi à la défense des droits lors de tensions ou de conflits auprès du personnel ainsi que l'accompagnement lors du processus de plainte. Les tâches du travailleur social englobent l'évaluation biopsychosociale à l'aide de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) lors d'une relocalisation (coopérative, habitation à loyer modique, ressource intermédiaire, et autres) ou d'un retour à domicile. Elles correspondent également à l'homologation d'un mandat en cas d'inaptitude, l'ouverture d'un régime de protection et la ré-évaluation d'un régime de protection. Les tâches du travailleur social comprennent des suivis ponctuels auprès des résidents notamment en fin de vie, lors d'abus ou de maltraitance et lors d'idées suicidaires, puis de l'entourage notamment lors de tensions ou de

conflits familiaux. D'ailleurs, le travailleur social assure un soutien et un support importants auprès de l'entourage, car placer un ami ou un membre de la famille en centre d'hébergement engendre souvent un sentiment d'anxiété et/ou de culpabilité (McInnis-Dittrich, 2014). En ce sens, le travailleur social offre une écoute attentive empreinte d'empathie aux résidents et leur entourage qui sont confrontés à des moments difficiles ou problématiques dans leur vie (Turcotte et Deslauriers, 2011).

1.3 Les objectifs du projet du stage

L'objectif général du projet de stage était d'élaborer et d'implanter un projet d'intervention novateur dans le milieu de stage. Dans un premier temps, ce projet de stage avait comme objectif spécifique la réalisation d'une intervention axée sur la sexualité lors de rencontres individuelles auprès des résidents. Dans un deuxième temps, ce projet de stage avait comme objectif spécifique la création d'un dépliant informatif pour les nouveaux résidents du Centre d'hébergement Laurendeau, selon la recension des écrits et le sommaire de ce qui a été verbalisé par les participants lors de l'intervention. Ce dépliant a pour but de transmettre des informations quant à ce qui entoure l'expression de la sexualité des personnes âgées en CHSLD. Il faut savoir que ce projet d'intervention a été développé en collaboration avec le milieu de stage.

CHAPITRE II

Description de la problématique

Ce chapitre comprend une description de la problématique, selon ce qui a été documenté dans la littérature. Dans un premier temps, la définition et les apports associés à la sexualité seront précisés. Dans un deuxième temps, la sexualité des personnes âgées en centre d'hébergement, les orientations ministérielles et le constat des faits en CHSLD, puis les stratégies proposées en CHSLD seront explicités. Dans un troisième temps, le questionnement ayant suscité le projet d'intervention sera présenté.

2.1 La sexualité

2.1.1 La définition de la sexualité

Les écrits proposent différentes définitions et conceptions de la sexualité. Il est important de circonscrire sa signification, selon la perspective privilégiée dans le cadre de ce projet de stage.

La sexualité est un besoin fondamental. Elle inclut toutes stimulations ou manifestations sexuelles (Holstensson et Rioufol, 2000). La sexualité ne se réduit pas à la génitalité ou le fonctionnement des organes génitaux (Holstensson et Rioufol, 2000 ; Lépine, 2008). Elle ne se restreint pas à l'acte sexuel ou le rapport sexuel, tel que la masturbation et la relation sexuelle orale, anale ou vaginale avec ou sans pénétration (Allen, Petro et Phillips, 2009 ; Bauer, Nay et McAuliffe, 2009 ; Chao et al., 2011 ; Deacon, Minichiello et Plummer, 1995 ; Holstensson et Rioufol, 2000). La sexualité englobe aussi une variété d'activités : les bécots et les baisers, les regards et les touchers, les câlins et les accolades, les caresses et les massages, les pensées et les fantasmes, la proximité et les rapprochements physiques, et autres (Allen, Petro et Phillips, 2009 ; Chao et al., 2011). La sexualité peut englober une multitude d'activités sensuelles et érotiques, mais elles ne sont pas toujours de nature sexuelle selon les intentions des personnes concernées et les circonstances. La sexualité peut comprendre une combinaison de pensées et de comportements, mais ils ne sont pas nécessairement vécus ou exprimés simultanément. La sexualité peut prendre diverses formes et peut s'exprimer de plusieurs manières étant ou n'étant pas liées aux zones érogènes (Manoukian, 2011). Elle peut impliquer des activités ayant ou

n'ayant pas un intérêt explicite de plaisir sexuel, tel que l'orgasme (Hillman, 2012). La sexualité fait référence à la participation à des activités sexuelles, mais également à la volonté ou la promesse des personnes à se livrer à des activités sexuelles (Hillman, 2012).

2.1.2 Les apports associés à la sexualité

La sexualité a été reconnue comme étant un aspect ou un paramètre important de la qualité de vie, malgré les variations et les particularités individuelles (Bondil, 2008 ; Spector et Femeth, 1996). Elle représente une influence ou une contribution saine et naturelle à la qualité de vie (Bauer, 2009 ; Di Napoli, Breland et Allen, 2013 ; McAuliffe, Bauer et Nay, 2007 ; Robinson et Molzahn, 2007). L'expression de la sexualité est une source de créativité et d'épanouissement, puis une source de retentissement physique et de renforcement psychologique (Holstensson et Rioufol, 2000 ; Libman, 1989). Elle participe au maintien d'une vie affective et relationnelle satisfaisante (Bondil, 2008). L'expression de la sexualité permet d'apprécier le plaisir d'être touché et d'être en contact avec autrui (McInnis-Dittrich, 2014). Elle favorise l'image de soi et l'estime de soi ainsi que le sentiment de satisfaction personnelle et relationnelle (Bondil, 2008 ; McInnis-Dittrich, 2014 ; Spector et Femeth, 1996). L'expression de la sexualité procure un sentiment de bien-être physique et psychologique, puis elle engendre des effets positifs considérables pour la santé physique et mentale (Dupras, 2011 ; Libman, 1989 ; McAuliffe, Bauer et Nay, 2007). Il est à noter que ces apports associés à la sexualité valent autant pour les personnes plus jeunes que pour les personnes plus âgées (McAuliffe, Bauer et Nay, 2007).

La non-prise en compte de la sexualité, soit les désirs et les besoins sexuels, peut entraîner une insatisfaction ayant des conséquences graves, voire même dramatiques (Holstensson et Rioufol, 2000). Elle peut se traduire par l'agressivité pouvant aller jusqu'au conflit avec l'entourage et/ou le personnel du milieu de vie (Holstensson et Rioufol, 2000). Elle peut aussi se traduire par un repli sur soi avec régression et l'amorce d'un processus d'involution (Holstensson et Rioufol, 2000).

2.2 La sexualité des personnes âgées

La sexualité des personnes âgées est, encore aujourd'hui, un sujet tabou et méconnu recevant une attention insuffisante (Bauer, Nay et McAuliffe, 2009 ; Colson, 2007 ; Darnaud,

Sirvain, Igier et Taiton, 2013). Pourtant, beaucoup de personnes âgées sont actives sexuellement (Lindau et al., 2007). Une étude menée aux États-Unis auprès d'un échantillon probabiliste de personnes âgées révèle que la prévalence des activités sexuelles diminue avec l'avancée en âge, mais que 73% des personnes âgées de 57 à 64 ans, 53% des personnes âgées de 65 à 74 ans et 26% des personnes âgées de 75 à 85 ans rapportent avoir des activités sexuelles (Lindau et al., 2007). Cela prouve que de nombreuses personnes âgées ont un intérêt pour la sexualité et sont capables d'avoir des activités sexuelles, à divers degrés sur un continuum allant de l'hyposexualité à l'hypersexualité (Dupras, 2011).

Bien que l'expression de la sexualité soit plus souvent rapportée par les hommes que par les femmes, la sexualité est une partie intégrante de la vie humaine, peu importe l'âge et le niveau de fonctionnement cognitif et physique (Bauer, McAuliffe et Nay, 2007 ; Di Napoli, Breland et Allen, 2013). Toutefois, certains facteurs ou certaines variables peuvent affecter le désir sexuel ainsi que l'expression de la sexualité des personnes âgées, que ce soit au plan physiologique (ex. changements physiques et hormonaux, maladies et handicaps physiques, troubles sexuels et dysfonctions sexuelles, effets iatrogéniques des médicaments, effets nocifs des opérations et des chirurgies médicales, douleurs chroniques, etc.), psychologique (ex. maladies mentales et atteintes cognitives, manque d'intérêt, perception négative de l'image corporelle, etc.), ou sociologique (ex. perte du partenaire, limitations physiques ou émotionnelles du partenaire, manque d'opportunité, attitudes négatives de l'entourage et/ou le personnel du milieu de vie, manque d'intimité et de vie privée, etc.) (Bauer, McAuliffe et Nay, 2007 ; Deacon, Minichiello et Plummer, 1995 ; DeLamater et Sill, 2005 ; Dupras et Soucis, 2008 ; Elias et Ryan, 2011 ; Hajjar et Kamel, 2004 ; McAuliffe, Bauer et Nay, 2007 ; Parker, 2006 ; Roach, 2004). En ce sens, certaines personnes âgées vont maintenir leur intérêt pour la sexualité et préserver leur capacité d'avoir des activités sexuelles, tandis que d'autres peuvent trouver nécessaire d'ajuster ou d'adapter leurs pratiques sexuelles dû au processus de vieillissement ou aux obstacles et aux contraintes du milieu de vie (Bauer, 2009 ; Colson, 2007).

2.2.1 La sexualité des personnes âgées en centre d'hébergement

Les personnes âgées, même si elles sont fragiles et malades en centre d'hébergement, sont des êtres sexués ayant, comme tous les êtres humains, des désirs et des besoins sexuels leur

permettant de s'accrocher à la vie (Dupras, 2011). Leur état de santé physique et mentale ne leur permet parfois pas de vivre leur sexualité activement ou intensément en raison du manque de vitalité, mais cela n'équivaut pas nécessairement à la fin de leur vie sexuelle (Dupras, 2011). Les auteurs d'une étude réalisée auprès d'un échantillon de personnes âgées en centre d'hébergement aux États-Unis affirment que la plupart des résidents veulent maintenir une sexualité active (Ginsberg, Pomerantz et Kramer-Feeley, 2005). De façon plus précise, ils attestent que dans l'ensemble, la majorité des résidents ont eu des activités sexuelles, telles que se toucher ou se tenir la main (60,5%), se faire des câlins ou des accolades (61,7%), se donner des bécots ou des baisers (57%), se caresser mutuellement (8,6%), se masturber (2,8%), avoir des relations sexuelles (4,8%) une fois par jour à au moins une fois par mois durant la dernière année (Ginsberg, Pomerantz et Kramer-Feeley, 2005). Pour leur part, les directeurs des services sociaux et les administrateurs de centres d'hébergement aux États-Unis soutiennent que 93% de leurs résidents ont des conversations à caractère sexuel, 88% ont des relations romantiques, 80% ont des activités sexuelles explicites (caresses, masturbation, relations sexuelles), 70% ont des activités sexuelles implicites (lecture de revues pornographiques) dont 23% une fois par mois, 6% deux fois par mois, 13% une fois par semaine et 6% deux fois par semaine (Cox, 2011). Cela démontre que la sexualité des personnes âgées franchit le pas de la porte avec eux lors de leur admission en centre d'hébergement.

Une étude effectuée en Israël auprès d'un échantillon de personnes âgées en centre d'hébergement dévoile la hiérarchie des besoins allant comme suit : l'humeur, la mémoire, le sommeil, la sexualité et l'appétit (Aizenberg, Weizman et Barak, 2002). Il est à noter que cette hiérarchie ne diffère pas significativement entre les résidents actifs sexuellement et les résidents inactifs sexuellement (Aizenberg, Weizman et Barak, 2002). Plus précisément, cette étude divulgue que la sexualité est évaluée comme étant « moyennement importante » par les résidents (Aizenberg, Weizman et Barak, 2002). Les auteurs d'une étude menée auprès d'un échantillon de personnes âgées en centre d'hébergement aux États-Unis confirment que la sexualité est « très importante » (50%) ou « importante » (47%) pour les résidents (Walker et Ephross, 1999). Cela indique que la sexualité est un besoin central et possède un degré d'importance substantiel pour les personnes âgées, que celles-ci aient ou n'aient pas des activités sexuelles en centre

d'hébergement, même s'il faut faire attention à ne pas homogénéiser les personnes âgées quant à l'importance accordée à la sexualité.

2.2.2 Les orientations ministérielles et le constat des faits en CHSLD

Les centres d'hébergement constituent un milieu de vie dans lequel les personnes âgées vont parfois demeurer jusqu'à la fin de leur vie. Dans ces circonstances, le ministère de la Santé et des Services sociaux se doit de tenir compte de la sexualité des résidents.

Dans le document intitulé *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Orientations ministérielles*, le ministère de la Santé et des Services sociaux présente les valeurs, les principes et les pratiques devant prévaloir ainsi que la philosophie devant guider les modalités organisationnelles faisant référence à l'approche dite « milieu de vie » en CHSLD (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003). Il semble essentiel, selon le concept du milieu de vie, de contrer les effets pervers de l'institutionnalisation ainsi que de combattre la dépersonnalisation souvent associée au contexte et au fonctionnement institutionnel traditionnel en créant un environnement dans lequel les soins et les services sont dispensés selon les désirs, les besoins, les attentes et les habitudes des résidents et leur entourage (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003). Pourtant, la réalité diffère, notamment en ce qui concerne la sexualité des résidents. Dans le document intitulé *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Visites d'appréciation de la qualité des services*, le ministère de la Santé et des Services sociaux expose les éléments ayant contribué à la mise en place d'un milieu de vie de qualité ainsi que les difficultés communes à plusieurs CHSLD (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004). Le droit à l'intimité est l'un des droits ayant fait l'objet d'évaluation. La capacité des résidents à vivre leur sexualité était l'un des critères d'appréciation. Il semble que malgré des efforts notables et significatifs de la part de la direction ainsi que des intentions véritables de la part du personnel pour préserver l'intimité des résidents, il est ardu de garantir le respect des droits sexuels et il est peu faisable pour ceux-ci d'exprimer leur sexualité (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004). Il semble que « les barrières architecturales représentent ici un obstacle de première importance », car « en raison de la réalité des chambres à occupation double, triple, quadruple et plus, il est difficile d'assurer l'intimité même avec des demi-rideaux, surtout lorsqu'il y a des allées et venues de façon régulière », ce pourquoi « il est

peu possible pour les résidents d'exercer leur sexualité » et « les endroits sont souvent restreints pour favoriser la socialisation, recevoir de la visite des familles ou des proches » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, p. 22). Cela veut dire que les résidents sont confrontés à la promiscuité ainsi que le manque, voire même l'absence, de vie privée en CHSLD. Il y a peu ou pas d'espace permettant aux résidents d'exprimer leur sexualité, puis d'assouvir leurs désirs et leurs besoins sexuels en centre d'hébergement (Darnaud, Sirvain, Igier et Taiton, 2013).

Ainsi, l'expression de la sexualité représente un défi de taille pour les résidents voulant avoir des activités sexuelles en CHSLD (Hillman, 2012). Ceux-ci rencontrent de multiples obstacles et contraintes quant à la satisfaction de leurs désirs et leurs besoins sexuels (Bauer, Nay et McAuliffe, 2009 ; Frankowski et Clark, 2009). Cela se traduit par une fréquence des activités sexuelles moins élevée (Spector et Femeth, 1996). Autrement dit, l'intérêt pour la sexualité ne diminue pas nécessairement avec l'admission des personnes âgées en centre d'hébergement, mais l'expression de leur sexualité diminue souvent (Spector et Femeth, 1996). Une étude réalisée aux États-Unis auprès d'un échantillon de personnes âgées en centre d'hébergement révèle que les pratiques sexuelles habituelles ne sont pas considérées comme étant idéales, puis que les femmes et les hommes aimeraient avoir plus d'activités sexuelles (Wiley et Bortz, 1996). Les auteurs d'une étude effectuée auprès d'un échantillon de personnes âgées en centre d'hébergement aux États-Unis confirment que les résidents aimeraient avoir des activités sexuelles plus souvent (Ginsberg, Pomerantz et Kramer-Feeley, 2005).

2.2.3 Les stratégies proposées en CHSLD

Outre les formations axées sur l'éducation sexuelle visant à améliorer les attitudes et les perceptions du personnel (ex. gêne, embarras, malaise, inconfort, dégoût, etc.) face à la sexualité des résidents ou les procédures visant à résoudre les « cas problèmes », peu de stratégies ont été proposées jusqu'à maintenant pour répondre aux désirs et aux besoins sexuels des résidents en centre d'hébergement. Dupras (2007) a présenté la « chambre d'intimité » pour combler les attentes des personnes âgées voulant avoir des activités sexuelles en CHSLD. Autrement dit, la chambre d'intimité est mise à la disposition des résidents voulant se retrouver dans un espace intime pour avoir des activités sexuelles. Malgré ses objectifs honorables, lesquels reposent sur la reconnaissance des droits sexuels des personnes âgées et l'amélioration des conditions de

l'expression de leur sexualité, la chambre d'intimité soulève certaines hésitations (Dupras, 2007). Par exemple, cette solution est critiquable, car la sexualité ne peut pas être confinée à un seul endroit. La chambre d'intimité limite la sexualité des résidents à une pièce unique et exclusive. Elle restreint la liberté sexuelle et contraint l'expression de la sexualité, ce qui tend à l'appauvrir. La chambre d'intimité requiert l'anticipation du désir, la planification de l'activité sexuelle et la réservation de la pièce. Elle nécessite une organisation et une programmation, ce qui peut diminuer le désir sexuel surtout s'il est retenu et reporté à un moment ultérieur selon la disponibilité de la pièce (Manoukian, 2011). La chambre d'intimité empêche la spontanéité liée à l'activité sexuelle, laquelle est souhaitable pour une sexualité épanouie et satisfaisante (Manoukian, 2011). La chambre d'intimité représente une solution simpliste et réductrice, car elle ne considère pas la sexualité de manière holistique, et ce, dans toute sa complexité en contexte d'hébergement.

Enfin, les barrières architecturales invoquées par le ministère de la Santé et des Services sociaux renvoient forcément à la création d'une stratégie technique et instrumentale, telle que la chambre d'intimité, mais la dimension humaine de la sexualité doit être prise en compte dans la compréhension de la problématique et dans la conceptualisation de futures solutions. Une étude menée en Israël auprès d'un échantillon de personnes âgées en centre d'hébergement dévoile que la majorité des résidents manifestent des attitudes positives quant à la discussion des préoccupations liées à la sexualité avec les professionnels de la santé et des services sociaux, puis elle divulgue que la majorité des résidents ont exprimé une volonté d'accepter des interventions médicales et psychosociales, si requises (Aizenberg, Weizman et Barak, 2002). Cela signifie que les personnes âgées sont réceptives à recevoir une aide ou un soutien leur permettant de profiter de leur sexualité de façon optimale en centre d'hébergement.

2.3 Le questionnement ayant suscité le projet d'intervention

Suite à un survol des écrits recensés, il est possible de constater que la sexualité des personnes âgées en CHSLD est une problématique importante et préoccupante. Il est alors essentiel d'intervenir auprès des résidents en centre d'hébergement pour favoriser l'expression de leur sexualité. D'abord, il a été admis que la sexualité est une composante intrinsèque de la vie humaine, laquelle est bénéfique à la qualité de vie, le bien-être et la santé générale. D'ailleurs, il

semble que la non-considération de la sexualité puisse engendrer des conséquences majeures, voire même néfastes. De plus, il a été établi que les personnes âgées ont une sexualité active et veulent conserver une sexualité active en centre d'hébergement, puis que les résidents estiment que la sexualité est un besoin important jouant un rôle non-négligeable. En outre, il a été convenu que les centres d'hébergement tentent de protéger l'intimité des résidents, mais que plusieurs obstacles et contraintes, tels que les barrières architecturales, briment le respect de leurs droits sexuels et entravent l'expression de leur sexualité. En ce sens, il a été remarqué que les personnes âgées aimeraient avoir des activités sexuelles plus nombreuses ou plus fréquentes. Par contre, il a été soutenu que les stratégies proposées jusqu'à maintenant pour pallier à ces difficultés, telles que la chambre d'intimité, comportent des limites et des carences considérables. Par ailleurs, il a été appuyé que la dimension humaine de la sexualité doit être prise en compte dans le développement de nouvelles solutions. De ce fait, il a été mentionné que les résidents sont ouverts et réceptifs à discuter de la sexualité avec les professionnels de la santé et des services sociaux, puis à recevoir une aide ou un accompagnement leur permettant de jouir de leur sexualité aussi longtemps que possible en centre d'hébergement. Considérant cette réalité, ce projet de stage a essayé de répondre à la question suivante : une intervention individuelle auprès des personnes âgées en CHSLD permettrait-elle de faciliter l'expression de leur sexualité?

CHAPITRE III

Présentation du cadre théorique, la méthodologie et l'approche d'intervention

Ce chapitre comprend une présentation du cadre théorique, la méthodologie et l'approche d'intervention. Dans un premier temps, la conjonction pouvoir-savoir, le modèle médical en CHSLD, puis les relations de pouvoir entre les résidents et le personnel en CHSLD seront précisés. Il est à noter que les principes avancés par Michel Foucault ont été choisis comme cadre d'analyse, me permettant de mieux comprendre la source et la nature de la problématique, car la vision de cet auteur correspond étroitement aux particularités de cette dernière. Dans un deuxième temps, les bases de l'intervention individuelle et la justification de l'intervention individuelle dans le cadre de ce projet de stage seront explicitées. Dans un troisième temps, les pratiques de l'approche structurelle et les limites de l'approche structurelle dans le contexte de ce projet de stage seront présentées. Il faut savoir que l'approche structurelle a été sélectionnée comme approche d'intervention, me permettant d'orienter et d'encadrer l'intervention proposée, car elle est en continuité avec les repères conceptuels formulés par Michel Foucault. Ce chapitre expose les généralités du cadre théorique, la méthodologie et l'approche d'intervention, mais il expose aussi la manière dont cela s'applique plus spécifiquement à l'intervention proposée, laquelle est axée sur la sexualité des personnes âgées en CHSLD.

3.1 Le cadre théorique

Le MSSS allègue qu'il est difficile d'assurer l'intimité des résidents et qu'il est peu possible pour ceux-ci d'exercer leur sexualité en CHSLD, ce qui concorde avec la réalité observée au Centre d'hébergement Laurendeau. Par contre, les barrières architecturales mises en cause par le MSSS ne semblent pas être la source de la problématique et l'aménagement d'un espace intime, tel que la chambre d'intimité, ne se révèle pas être un impératif compte tenu de la présence des chambres simples, soit à occupation singulière, au Centre d'hébergement Laurendeau. Par ailleurs, la culture organisationnelle est relativement propice et favorable à l'expression de la sexualité des résidents, car le personnel démontre généralement des attitudes positives face à la sexualité des résidents, malgré l'absence de politique interne à ce sujet ainsi que l'absence de stratégie spécifique pour adresser les désirs et les besoins sexuels de ces derniers, au Centre d'hébergement Laurendeau. Toutefois, il est possible d'analyser la

problématique à partir des concepts avancés par Michel Foucault et d'attribuer la problématique, du moins en bonne partie, à la présence encore prédominante du modèle médical en CHSLD.

3.1.1 La conjonction pouvoir-savoir

Foucault s'intéresse aux relations de pouvoir³, puis aux techniques et aux processus de contrôle dans les institutions (Bert, 2011 ; Foucault, 1976 ; Sheridan, 1985). Il cherche à comprendre et démontrer comment le pouvoir fonctionne, puis comment le contrôle et la domination se mettent en place au sein des établissements (Bert, 2011 ; Foucault, 1976 ; Sheridan, 1985). Foucault souligne les liens multiples qui existent entre le champ du pouvoir et celui du savoir (Bert, 2011). Il met en lumière les effets circulaires et réciproques de pouvoir et de savoir que les discours produisent et assurent (Bert, 2011). Foucault estime que le savoir légitimise l'exercice du pouvoir (Bert, 2011). Il considère que le savoir permet au pouvoir de se reproduire et se préserver tandis que le pouvoir permet au savoir de s'actualiser (Bert, 2011). En ce sens, il est possible de penser que le pouvoir institutionnel est légitimé par l'intermédiaire du modèle médical en CHSLD (Macia, Chapuis-Lucciani, Cheve et Boetsch, 2008). De façon plus précise, il est possible de penser que les relations de pouvoir ainsi que les logiques et les dynamiques de contrôle entre les résidents et le personnel sont légitimées par le discours médical en CHSLD. À ce propos, il faut savoir que le modèle médical est encore très présent en CHSLD, malgré l'implantation de l'approche dite « milieu de vie », depuis plus d'une dizaine d'années, compte tenu des compressions et des coupures budgétaires sans précédent qui restreignent les soins et les services à ce qui est essentiel donc à ce qui est vital et ainsi, médical (Riendeau, 2006).

3.1.2 Le modèle médical en CHSLD

Le modèle médical influence et détermine encore largement les normes et les valeurs ainsi que les actions et les pratiques du personnel en centre d'hébergement (Bauer, 2009 ; Frankowski et Clark, 2009). Le Réseau FADOQ⁴ affirme même que les CHSLD sont, à l'heure actuelle, de

³ Selon Foucault, le pouvoir correspond aux processus ayant attrait à l'ensemble des rapports de forces dans une société donnée (Lépine, 2008). Plus précisément, le pouvoir est le résultat de l'exercice des relations sociales entre groupes et entre individus, puis chaque groupe et chaque individu entretient un pouvoir auquel il est en même temps soumis (Sheridan, 1985).

⁴ Le Réseau FADOQ est un regroupement de personnes âgées de 50 ans et plus qui s'intéresse à la qualité de vie et la défense des droits des aînés au sein de la province de Québec.

véritables hôpitaux où les personnes âgées demeurent à plus ou moins long terme (Dupont, Prud'homme, Bouchard et Roussy, 2014). D'une part, le modèle médical veut que la sexualité ne soit pas considérée comme faisant partie du rôle primaire et prioritaire du personnel en centre d'hébergement, car elle n'est pas reconnue comme ayant un effet vital dans le maintien des fonctions corporelles des résidents et ainsi, comme faisant partie des soins corporels et médicaux de base (Bauer, 2009). En conséquence, peu d'attention est accordée à la sexualité des résidents, car leurs désirs et leurs besoins sexuels sont banalisés et ignorés (Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, 2008 ; Frankowski et Clark, 2009). En outre, l'importance allouée à la sexualité par les résidents est minimisée par le personnel, malgré une certaine ouverture, reconnaissance et acceptation de leur part (Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, 2008 ; Frankowski et Clark, 2009). Il y a alors une dichotomie et une contradiction entre les actions et les attitudes du personnel, lequel se préoccupe peu ou pas de la sexualité des résidents (Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, 2008 ; Riendeau, 2006). D'autre part, la confidentialité des informations est rare en centre d'hébergement, car le personnel échange fréquemment des informations sur la vie intime et personnelle des résidents, puis rapporte régulièrement ces informations au dossier médical mis à la disposition de l'ensemble des professionnels (Bauer, 2009 ; Frankowski et Clark, 2009). Ce partage d'informations est accepté, car il fait partie du rôle du personnel, lequel doit assurer la santé et la sécurité des résidents (Bauer, 2009). D'ailleurs, les résidents peuvent être surpris et dérangés à tout moment du jour et de la nuit, et ce, même dans leur chambre, car les fonctions corporelles sont constamment évaluées, examinées et surveillées (Morgan, 2009). Autrement dit, pour assumer leur rôle adéquatement, le personnel en vient à accepter qu'il y ait un accès continu et un droit de regard absolu sur la sphère intime des résidents (Bauer, 2009). Ces manquements à la pudeur sont, bien souvent, commis au nom de l'hygiène (Mémin, 2001). De ce fait, la confidentialité est nécessaire pour préserver le respect et la dignité des résidents, mais la perte de vie privée semble être justifiée par le discours médical (Bauer, 2009 ; Macia, Chapuis-Lucciani, Cheve et Boetsch, 2008).

Bref, le modèle médical représente un agent de contrôle et de pouvoir social ayant un devoir de protection, lequel l'emporte souvent sur le droit de liberté et l'autonomie décisionnelle des résidents, ce qui pose problème à la réalisation des activités sexuelles (Bert, 2011 ; De Conto,

2013 ; Morgan, 2009). Les résidents savent que leurs faits et gestes sont observés par le personnel, puis que leurs habitudes et leur fonctionnement corporel sont connus de tous (De Conto, 2013). Les résidents, livrés aux regards et aux jugements des autres, savent que l'expression d'un désir ou d'un besoin sexuel se ferait au su et au vu du personnel, puis que la nouvelle se propagerait dans l'établissement (De Conto, 2013). Certains préfèrent garder le silence et ainsi, préserver leur intimité et leur vie privée au détriment de leur sexualité (De Conto, 2013).

3.1.3 Les relations de pouvoir entre les résidents et le personnel en CHSLD

Les résidents deviennent des corps et donc des objets de soins semblant subir passivement l'horaire et la volonté du personnel qui les prennent en charge, puis semblant ne plus répondre qu'aux injonctions du biopouvoir⁵, soit le pouvoir qui s'exerce « sur la vie » et non plus « sur la mort » (Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, 2008 ; Foucault, 1976 ; Macia, Chapuis-Lucciani, Cheve et Boetsch, 2008 ; Mémin, 2001). Autrement dit, le pouvoir dont il est question, soit celui que le personnel exerce sur les résidents, fait référence au « droit de vie » permettant de justifier une absence parfois totale de liberté, incluant de liberté sexuelle (Macia, Chapuis-Lucciani, Cheve et Boetsch, 2008). Par exemple, les résidents ne choisissent pas toujours quand ils seront levés, lavés, habillés, nourris, déshabillés et couchés, car ils le seront souvent au moment choisi par le personnel (Macia, Chapuis-Lucciani, Cheve et Boetsch, 2008). Par ailleurs, l'exercice du pouvoir du personnel auprès des résidents dépend fortement des capacités cognitives et physiologiques de ces derniers (Macia, Chapuis-Lucciani, Cheve et Boetsch, 2008 ; Frankowski et Clark, 2009). En outre, plus les résidents sont dépendants au sens biomédical, plus il y a de prise pour que le pouvoir institutionnel s'exerce, et moins ils ont de pouvoir sur leur propre corps, dont sur leur sexualité, car le pouvoir institutionnel est alors légitimé par le discours médical (Macia, Chapuis-Lucciani, Cheve et Boetsch, 2008).

Les résidents paraissent valorisés par le savoir-pouvoir médical sans pouvoir se dérober à l'exercice du pouvoir institutionnel (Macia, Chapuis-Lucciani, Cheve et Boetsch, 2008).

⁵ Selon Foucault, le biopouvoir s'organise autour de la gestion de la vie plutôt que de la menace de la mort comme au XVIII^e siècle (Foucault, 1976). Les institutions modernes ont pour objectif de gérer la vie, et non plus de gérer la mort, des populations (Bert, 2011). Au lieu de « faire mourir » ou de « laisser vivre » s'est substitué un pouvoir de « faire vivre » ou de « rejeter dans la mort » (Foucault, 1976).

Pourtant, le rapport de domination entre les résidents et le personnel n'est pas sans partage, car il est possible d'observer certaines formes de résistances au pouvoir (Macia, Chapuis-Lucciani, Cheve et Boetsch, 2008). Par exemple, les résidents incontinents peuvent demander d'être changés, ou encore, les résidents incapables de marcher peuvent demander d'être déplacés (Macia, Chapuis-Lucciani, Cheve et Boetsch, 2008). Ces requêtes sont liées aux besoins corporels, c'est-à-dire à la santé et la sécurité des résidents, ce pourquoi elles sont, elles aussi, légitimées par le discours médical (Macia, Chapuis-Lucciani, Cheve et Boetsch, 2008). C'est en réquisitionnant ces soins et ces services liés au corps que les résidents peuvent exercer, à leur tour, un pouvoir sur le personnel (Macia, Chapuis-Lucciani, Cheve et Boetsch, 2008). Les résidents ne sont donc pas seulement la cible d'un pouvoir exercé par le personnel. C'est en intégrant et en se réappropriant le discours médical qu'ils peuvent mettre en place un mécanisme d'ajustement à la perte de pouvoir par et sur leurs corps, leur permettant de s'affirmer comme sujet actif et agissant, pas seulement comme sujet passif et subissant (Macia, Chapuis-Lucciani, Cheve et Boetsch, 2008). Les résidents ne sont alors pas à la merci des structures et des pratiques organisationnelles dans lesquelles ils vivent sans pour autant avoir un droit de parole afin d'influencer le changement (Riendeau, 2006). Considérant les apports associés à la sexualité sur la qualité de vie, le bien-être et la santé globale, il est possible de penser que les résidents pourraient être amenés à se voir comme vecteur de pouvoir en surmontant les barrières organisationnelles pour s'affirmer comme acteur de leur sexualité, à l'aide d'un accompagnement.

3.2 La méthodologie

3.2.1 Les bases de l'intervention individuelle

L'intervention individuelle en travail social a une nature spécifique par rapport à celle pratiquée en sexologie, en psychologie, ou encore, en psychoéducation. Il est important de circonscrire les bases de cette méthode d'intervention, selon la perspective privilégiée dans le cadre de ce projet d'intervention.

L'intervention individuelle en travail social vise, d'une part, à accompagner une personne dans ses souffrances afin qu'elle puisse leur donner un sens et, d'autre part, à l'aider à obtenir le plus grand nombre de ressources possible afin qu'elle puisse participer

activement à son devenir individuel et au devenir collectif de la société en tant qu'actrice sociale. (Deslauriers et Hurtubise, 2007, p. 123)

Cette méthode d'intervention part du sens social et collectif que prennent les difficultés vécues par la personne afin que ses pensées, ses sentiments et ses comportements soient situés dans son contexte familial, sociétal, institutionnel, communautaire, ou autre (Deslauriers et Hurtubise, 2007). L'intervention individuelle est axée sur ce rapport plutôt que sur les déficiences de la personne comme telle (Deslauriers et Hurtubise, 2007). Cette méthode d'intervention reconnaît un sens social et commun aux difficultés éprouvées par la personne et elle considère les problèmes rencontrés par la personne dans le contexte social de celle-ci, ce pourquoi elle a une portée plus large allant au-delà de la personne elle-même (Deslauriers et Hurtubise, 2007). L'intervention individuelle cherche à comprendre la personne en lien avec les individus environnants, puis à poser les fondements d'une démarche qui pourrait lui permettre de se voir comme étant un sujet actif et non un sujet passif, soumis à certaines règles et conditions organisationnelles (Deslauriers et Hurtubise, 2007). Pour ce faire, le rapport d'intervention peut être perçu comme une relation, entre des personnes ayant des statuts et des pouvoirs particuliers, laquelle est inscrite dans un cadre social et un contexte organisationnel devant être pris en compte (Deslauriers et Hurtubise, 2007).

3.2.2 La justification de l'intervention individuelle dans le cadre de ce projet de stage

Diverses méthodes d'intervention, telles que l'intervention de groupe, auraient pu être envisagées, compte tenu des avantages inhérents à la dynamique de groupe, mais l'utilisation de l'intervention individuelle se justifie aux plans théorique et empirique (Deslauriers et Hurtubise, 2007). Sur le plan théorique, il faut rappeler que la sexualité est un sujet intime et délicat à aborder, lequel peut être gênant et embarrassant, notamment pour les personnes âgées en CHSLD. L'intervention individuelle peut faciliter un climat de respect et de confiance entre la personne responsable de l'intervention et la personne ciblée, puis elle peut atténuer la méfiance et les réticences à s'exprimer aisément et ouvertement. L'intervention individuelle peut permettre de faire ressortir des éléments d'information reflétant l'opinion sincère et profonde, ce pourquoi il est possible d'anticiper une transparence et une authenticité dans les réponses et les échanges (Riendeau, 2006). Sur le plan empirique, il faut souligner la complexité de réunir des résidents en

centre d'hébergement à un temps et en un lieu donné afin de susciter une réflexion et un dialogue collectif considérant la diversité et la multiplicité de leurs diagnostics. Ces derniers peuvent avoir de la difficulté à communiquer entre eux, puis ils peuvent avoir de la difficulté à trouver des moments et des espaces de discussion dû aux différentes contraintes organisationnelles, telles que l'heure des soins, l'heure des repas, la fermeture des étages lors d'éclosions, etc. Toutefois, une attention particulière doit être accordée à la relation de pouvoir entre la personne responsable de l'intervention et la personne ciblée, dans le cas d'une intervention individuelle. Dans un premier temps, une réflexion sur la manière dont le statut de la personne responsable de l'intervention peut influencer le lien de confiance et l'alliance thérapeutique avec la personne ciblée doit précéder l'intervention. Dans un deuxième temps, la personne responsable de l'intervention doit chercher à réduire la distance sociale entre elle et la personne ciblée, en utilisant un langage neutre exempt de biais et de préjugés, afin d'établir une relation dialogique égalitaire, soit une relation fondée sur un rapport horizontal et non un rapport vertical ou hiérarchique, tout au long de l'intervention (Bellemare et Gauthier, 2006 ; Lévesque et Panet-Raymond, 1994 ; Moreau, 1987 ; Turcotte et Deslauriers, 2011).

3.3 L'approche d'intervention

La littérature sur l'approche structurelle auprès des personnes âgées est très peu développée, ce pourquoi aucune publication portant plus spécifiquement sur l'utilisation de cette approche d'intervention auprès des personnes âgées en CHSLD n'a été recensée. Pourtant, l'approche structurelle peut s'avérer être une bonne approche d'intervention individuelle et de revendications sociales contre les diverses formes d'oppression, notamment celles vécues par les résidents en centre d'hébergement. Autrement dit, l'approche structurelle induit des lectures et des applications différentes selon les populations cibles (ex. les personnes détenues en centre de prévention de l'immigration et les personnes handicapées en institut de réadaptation), mais elle est peut s'avérer être une excellente approche d'intervention auprès des personnes âgées privées de leur liberté d'exercer pleinement leur sexualité en CHSLD (Bellemare et Gauthier, 2006 ; Moreau, 1987).

3.3.1 Les pratiques de l'approche structurelle

L'approche structurelle comprend cinq pratiques, lesquelles sont interreliées les unes avec les autres et s'inscrivent dans un continuum, soit la matérialisation de la problématique, la collectivisation de la problématique, la défense des droits de la personne ciblée, le questionnement de l'idéologie dominante, puis l'augmentation du pouvoir de la personne ciblée (Bellemare et Gauthier, 2006 ; Lundy, 2004 ; Moreau, 1987). Il est important de définir brièvement ces pratiques, et plus spécifiquement les implications concrètes de chacune, car l'intervention proposée repose sur celles-ci. Il est à noter que ces pratiques ne sont pas toujours présentes simultanément et ne sont pas atteintes dans chaque cas (Lundy, 2004).

- **La matérialisation de la problématique:** La personne responsable de l'intervention tente de cibler et exposer le rôle ainsi que le fonctionnement de l'institution relativement à la problématique (Moreau, 1987). De façon plus précise, elle essaie de déterminer si la personne ciblée est socialement infériorisée et subordonnée, puis elle l'incite à prendre conscience des causes sociales et des conditions matérielles objectives de vie existantes dans lesquelles elle se trouve (Bellemare et Gauthier, 2006 ; Lévesque et Panet-Raymond, 1994 ; Lundy, 2004 ; Moreau, 1987). Ce faisant, elle l'invite à cerner la source de la problématique et de cette oppression, puis à comprendre ses répercussions. La personne responsable de l'intervention l'encourage, par exemple, à reconnaître comment l'admission en centre d'hébergement a modulé l'expression de sa sexualité. Par la suite, un « recadrage » de la problématique sera envisagé, en tenant compte des notions d'oppression et d'intériorisation (Bellemare et Gauthier, 2006).

- **La collectivisation de la problématique :** La personne responsable de l'intervention informe la personne ciblée quant à la manière dont la problématique est partagée par d'autres personnes qui occupent des statuts identiques (Lundy, 2004 ; Moreau, 1987). La collectivisation de la problématique permet à la personne ciblée de repérer des similarités et de faire des rapprochements entre sa situation et ses conditions de vie ainsi que celles des autres personnes de son groupe social, telles que les autres résidents en centre d'hébergement (Bellemare et Gauthier, 2006 ; Lundy, 2004 ; Moreau, 1987). Cette pratique permet de rompre ou, à tout le moins, de réduire l'isolement et ainsi, de prendre conscience du caractère collectif de la problématique afin de questionner les structures d'oppression en place (Bellemare et Gauthier, 2006 ; Lévesque et

Panet-Raymond, 1994 ; Lundy, 2004). La collectivisation de la problématique normalise et démystifie la problématique, puis elle peut contribuer à l'augmentation du pouvoir, notamment quant à sa sexualité (Lundy, 2004).

- **La défense des droits :** La personne responsable de l'intervention transmet, par exemple, des informations sur les orientations ministérielles ayant trait à la sexualité des résidents en centre d'hébergement ainsi que sur les droits sexuels reconnus par le Centre d'hébergement Laurendeau. La personne responsable de l'intervention favorise la défense des droits de la personne ciblée dans la mesure où le discours dominant au sein de l'établissement, tel que le discours médical, contribue à la création ou le maintien de la problématique (Bellemare et Gauthier, 2006 ; Moreau, 1987). Pour ce faire, elle mobilise et accompagne la personne ciblée, et elle peut ainsi, ne serait-ce un tant soit peu, augmenter son autonomie et son autodétermination, ou augmenter ses capacités à se défendre elle-même, puis influencer sa situation et ses conditions de vie selon ses aspirations (Bellemare et Gauthier, 2006 ; Le Bossé, 2003 ; Moreau, 1987). De façon plus précise, elle travaille les capacités d'écoute, d'affirmation, de négociation et de persuasion de la personne ciblée, notamment afin de défendre ses droits sexuels (Moreau, 1987).

- **Le questionnement de l'idéologie dominante :** Les deux premières pratiques, soit la matérialisation de la problématique et la collectivisation de la problématique, engendrent le questionnement du discours dominant ou de l'idéologie dominante ainsi que des structures sociales et institutionnelles qui entretiennent la relation dominant-dominé (Bellemare et Gauthier, 2006). La personne responsable de l'intervention favorise l'amorce d'une remise en question des structures qui oppriment la personne ciblée (Moreau, 1987). La personne responsable de l'intervention incite la personne cible à refuser de se soumettre aux valeurs institutionnelles traditionnelles. Une réflexion et une analyse structurelles s'entament ainsi.

- **L'augmentation du pouvoir :** La personne responsable de l'intervention aide la personne ciblée à développer ses capacités de penser et agir elle-même plutôt que de prendre des décisions unilatérales et poser des actions à sa place (Bellemare et Gauthier, 2006 ; Lévesque et Panet-Raymond, 1994 ; Moreau, 1987). La personne responsable de l'intervention se joint à la personne ciblée dans l'exploration de l'éventail des possibilités pour changer et améliorer sa situation et

ses conditions de vie (Lundy, 2004). La personne responsable de l'intervention aide la personne ciblée en collaboration et en coopération avec cette dernière, en trouvant ensemble des solutions pour pallier à la problématique (Bellemare et Gauthier, 2006). Il y a donc implication et participation active de la personne ciblée dans la définition de la problématique et dans la recherche de solutions, notamment pour favoriser l'expression de sa sexualité (Le Bossé, 2003 ; Lévesque et Panet-Raymond, 1994). L'augmentation du pouvoir permet ainsi de susciter un changement et échapper au déterminisme institutionnel malgré les obstacles et les contraintes organisationnelles.

3.3.2 Les limites de l'approche structurelle dans le contexte de ce projet de stage

L'approche structurelle mène à une vision globale et holistique des problèmes sociaux, ce pourquoi elle exige une polyvalence méthodologique, laquelle se traduit par des attitudes ou des habiletés d'intervention (ex. empathie sociale, respect, sensibilité, flexibilité, ouverture d'esprit, cohérence, transparence, etc.) et des techniques d'intervention (ex. nommer les enjeux, écouter activement, recadrer le contexte, reformuler, confronter, recadrer la lecture des événements, etc.) à plusieurs niveaux (Lévesque et Panet-Raymond, 1994 ; Turcotte et Deslauriers, 2011). Il est à noter que les attitudes ou les habiletés d'intervention et les techniques d'intervention utilisées ne sont pas exclusives à l'approche structurelle, mais elles sont associées à une vision intégrative des problèmes sociaux et elles pivotent autour des cinq pratiques décrites précédemment (Lévesque et Panet-Raymond, 1994). L'approche structurelle requiert une implication personnelle de grande ampleur pour la personne responsable de l'intervention, car elle doit notamment reconnaître ses croyances et ses préjugés (Bellemare et Gauthier, 2006). Celle-ci doit également posséder des connaissances et des compétences variées, puis une bonne capacité d'analyse des problématiques sociales, car elle doit faire une analyse approfondie de la situation en cause (Turcotte et Deslauriers, 2011). Le questionnement de l'idéologie dominante, soit le discours médical, nécessite du courage et de la persévérance de la part de la personne responsable de l'intervention face à l'établissement où l'intervention proposée est déployée (Bellemare et Gauthier, 2006). Celle-ci doit alors travailler en étroite collaboration avec le personnel et la direction de l'établissement, soit le Centre d'hébergement Laurendeau. L'approche structurelle demande beaucoup de temps à la personne responsable de l'intervention, ce dont les travailleurs sociaux manquent crucialement dans la plupart des milieux de pratique, tels que les CHSLD, car la

matérialisation et la collectivisation de la problématique peuvent être un processus de longue haleine (Bellemare et Gauthier, 2006 ; Moreau, 1987). Outre ses limites et ses difficultés d'implantation, surtout dans le contexte d'un projet de stage de courte durée, l'approche structurelle demeure une approche d'intervention intéressante, car elle peut contribuer au changement individuel, mais aussi au changement institutionnel (Bellemare et Gauthier, 2006). L'analyse critique réalisée par la personne responsable de l'intervention l'incite à créer de meilleures conditions de vie pour la population cible, c'est-à-dire les personnes âgées en CHSLD (Lévesque et Panet-Raymond, 1994). Par exemple, en reprenant du contrôle sur leur sexualité, les résidents du Centre d'hébergement Laurendeau pourraient éventuellement mieux gérer leur vie en centre d'hébergement, ce qui, en retour, contribuerait à leur qualité de vie, leur bien-être, leur santé globale, voire même, leur espérance de vie.

CHAPITRE IV

Présentation du projet d'intervention

Ce chapitre comprend une présentation du projet d'intervention. Il est à noter que celui-ci a été élaboré et implanté sur une période de sept mois. De façon plus précise, l'élaboration, d'une durée de trois mois, a permis de déterminer les objectifs de l'intervention et de planifier le déroulement de l'intervention, tandis que, l'implantation, d'une durée de quatre mois, a permis de recruter les participants et de réaliser l'intervention. Parallèlement à la seconde partie du stage, le bilan critique de l'intervention a permis, quant à lui, d'évaluer l'intervention et de répondre à la question directrice, puis de créer un dépliant informatif pour les nouveaux résidents du Centre d'hébergement Laurendeau.

Dans un premier temps, les objectifs de l'intervention seront précisés. Dans un deuxième temps, la démarche d'élaboration de l'intervention, incluant les critères de sélection et le processus de recrutement sera explicitée. Dans un troisième temps, la mise en place de l'intervention, c'est-à-dire le portrait des participants, les techniques d'intervention privilégiées et les thématiques discutées lors des rencontres, sera présentée. Dans un quatrième temps, les principes éthiques respectés seront détaillés.

4.1 Les objectifs de l'intervention

L'objectif général de l'intervention était de faciliter l'expression de la sexualité des personnes âgées en CHSLD. Tel que mentionné précédemment, la sexualité représente un défi de taille pour les résidents voulant avoir des activités sexuelles en centre d'hébergement, car ceux-ci rencontrent de multiples obstacles et contraintes quant à la satisfaction de leurs désirs et leurs besoins sexuels, puis les stratégies proposées jusqu'à maintenant pour pallier à ces difficultés comportent des limites et des carences considérables (Bauer, Nay et McAuliffe, 2009 ; Frankowski et Clark, 2009; Hillman, 2012). Pour cette raison, j'ai jugé qu'il était pertinent d'élaborer et d'implanter une intervention individuelle qui pourrait permettre de répondre aux attentes de cette clientèle. Plus précisément, j'ai tenté d'offrir aux résidents un accompagnement afin qu'ils puissent maintenir, préserver et améliorer leur qualité de vie, leur bien-être et leur santé générale dont la sexualité est partie prenante. Les trois objectifs spécifiques de

l'intervention étaient de : 1. favoriser une prise de conscience de la part des résidents face aux conditions d'oppression liées à l'expression de leur sexualité et l'organisation institutionnelle qui engendre ces conditions ; 2. favoriser une augmentation du pouvoir des résidents quant à leur sexualité ; 3. favoriser le respect des droits sexuels des résidents au sein du Centre d'hébergement Laurendeau. Bref, le projet d'intervention visait l'amorce de changements au plan individuel et au plan institutionnel en instaurant une intervention psychosociale adaptée à la réalité des personnes âgées en CHSLD, soit aux attentes spécifiques des résidents et aux structures organisationnelles de l'établissement.

4.2 La démarche d'élaboration de l'intervention

Afin d'approfondir mes connaissances sur la problématique, j'ai fait une recension des écrits et j'ai lu diverses publications, telles que des articles scientifiques, des livres, des mémoires de maîtrise, des thèses de doctorat, des documents gouvernementaux, et autres. Ces lectures ont suscité des questions et des réflexions sur la visée et la forme du projet d'intervention.

Dans le but de connaître les politiques institutionnelles du Centre d'hébergement Laurendeau, les pratiques organisationnelles ainsi que les attitudes et les perceptions du personnel face à la sexualité des résidents, j'ai rencontré plusieurs professionnels de manière formelle ou informelle, soit les techniciennes en éducation spécialisée, les ergothérapeutes, la technicienne en réadaptation physique et le technicien en loisirs. Ces professionnels m'ont confirmé qu'il n'y a pas de politique institutionnelle, telle que des règles écrites, ou de stratégie clairement établie, telle que des démarches ou des procédures lors de l'admission, pour répondre aux désirs et aux besoins sexuels des résidents au Centre d'hébergement Laurendeau. Ces professionnels m'ont assuré que le personnel démontre habituellement des attitudes positives face à la sexualité des résidents. D'ailleurs, ils m'ont divulgué des situations sexuelles survenues récemment avec certains résidents reflétant ainsi les pratiques organisationnelles et les réactions du personnel. Ces discussions m'ont permis de cerner la source et la nature de la problématique, puis elles m'ont permis d'échanger sur la faisabilité du projet d'intervention. Par exemple, les professionnels rencontrés ont insisté sur l'importance d'établir un lien de confiance auprès des résidents, surtout compte tenu de la teneur intime du sujet de l'intervention. Toutefois, ils m'ont sensibilisé à la difficulté et la complexité de la tâche, notamment en raison du sentiment de méfiance souvent

ressenti par les résidents envers le personnel. Pour ce faire, ils m'ont conseillé de partir des intérêts, des activités ou des passe-temps des résidents, utilisant ainsi ce levier pour entamer la discussion et susciter une relation de confiance. En ce sens, le développement de l'intervention a bénéficié de l'expérience des professionnels auprès de la population cible au sein du milieu de stage.

Dans l'intention de me renseigner sur les stratégies proposées jusqu'à maintenant pour adresser les désirs et les besoins sexuels des résidents en centre d'hébergement, j'ai rencontré un professeur et chercheur au département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal, lequel est spécialisé sur la sexualité des personnes âgées et des personnes handicapées. Cette rencontre m'a permis de valider ma compréhension de la problématique et de confirmer la pertinence de ce projet d'intervention sachant que l'état des connaissances sur l'expérience des résidents en centre d'hébergement en termes de sexualité demeure limité. Elle m'a aussi permis de confirmer l'originalité de ce dernier considérant qu'aucune intervention psychosociale n'a été réalisée jusqu'à maintenant directement auprès des personnes âgées en CHSLD pour faciliter l'expression de leur sexualité. Cette rencontre m'a également permis de préciser les objectifs de l'intervention. De ce fait, j'ai mis à contribution l'expertise de ce professeur et chercheur en ce domaine.

4.2.1 Les critères de sélection

L'intervention ciblait les personnes âgées de 60 ans et plus, bien que « 65 ans » soit généralement reconnu comme point de référence, pour élargir de bassin de recrutement. L'intervention ciblait les résidents permanents, c'est-à-dire ceux ayant un statut d'hébergement permanent et faisant donc partie du « programme 31 », afin d'éviter que les participants soient transférés dans un autre centre d'hébergement au courant de l'intervention, même si la possibilité que les participants soient transférés dans un hôpital n'ait pas pu être contrôlée. L'intervention ciblait les résidents qui sont capables de communiquer aisément et qui sont orientés par rapport au temps, aux lieux et aux individus environnants afin d'assurer une certaine compréhension et une certaine continuité entre les rencontres.

4.2.2 La description du processus de recrutement

Afin de recruter des participants, j'ai réalisé diverses activités. D'abord, j'ai assisté, lorsque possible, aux rencontres interdisciplinaires hebdomadaires pour cibler des résidents. De plus, j'ai discuté avec ma superviseuse de stage afin qu'elle me conseille des résidents correspondant aux critères de sélection. En outre, j'ai présenté le projet de stage à plusieurs professionnels, c'est-à-dire les techniciennes en éducation spécialisée, les ergothérapeutes, la technicienne en réadaptation physique et le technicien en loisirs, afin qu'ils puissent, eux aussi, me recommander des résidents correspondant aux critères de sélection. Par la suite, j'ai dressé une liste de l'ensemble de ces résidents répartis à travers les étages, puis j'ai sélectionné aléatoirement certains résidents dont j'ai consulté le dossier médical et que j'ai rencontrés à quelques reprises pour vérifier leur éligibilité ainsi que pour établir un lien de confiance. Ce processus de recrutement a été laborieux, car ne connaissant pas les résidents, la création d'une relation de confiance a nécessité en moyenne deux à quatre rencontres de 15 à 90 minutes chacune préalablement au début de l'intervention. Il est à noter que ces rencontres, pouvant s'apparenter à des visites amicales, ont été entrecoupées par la fermeture des étages et la fermeture complète du centre d'hébergement pour cause d'éclosions. Ce faisant, j'ai exclu deux résidents démontrant des pertes de mémoire importantes et une difficulté auditive considérable. Parmi les résidents éligibles, j'ai présenté le projet d'intervention à huit résidents et je leur ai remis un formulaire d'information détaillant tout renseignement pertinent (voir l'annexe A). Au total, cinq résidents ont accepté, dont un a abandonné avant la première rencontre, et trois résidents ont refusé de participer. Il faut savoir que les principaux motifs d'abandon et de refus concernaient l'absence d'intérêt face à une intervention axée sur la sexualité, l'incapacité à prendre part à une intervention axée sur la sexualité dû à l'état d'esprit préoccupé, ou encore, l'anxiété associée à la participation à un projet.

4.3 La mise en place de l'intervention

Les participants ont été rencontrés individuellement dans leur chambre, après avoir reçu des explications détaillées sur le projet d'intervention et avoir consenti à y participer. De façon plus précise, ils ont été rencontrés de quatre à cinq reprises de 45 à 60 minutes chacune, et ce aux moments qui leur convenaient hebdomadairement. Il est à noter qu'une attention particulière a été accordée au rythme des participants, selon leur humeur ainsi que leur condition de santé physique

et psychologique. À la fin de l'intervention, un questionnaire d'appréciation a été remis aux participants afin de connaître leur opinion et leur perspective sur le projet de stage. Ce questionnaire d'appréciation visait à recueillir un compte rendu de leurs perceptions et leurs impressions face à l'intervention, notamment pour savoir si les objectifs de l'intervention ont été atteints et si le projet de stage a suscité un changement quant à l'expression de leur sexualité (voir l'annexe B).

4.3.1 Le portrait des participants

Quatre résidents ont participé au projet d'intervention, soit trois femmes et un homme. Il est à noter que seules les données sociodémographiques me permettant de faire du sens avec ce qui a été verbalisé lors de l'intervention sont rapportées ci-dessous. Toutefois, certaines de ces informations ont été modifiées ne permettant pas d'identifier les résidents concernés. Il faut savoir que ces renseignements proviennent des participants eux-mêmes et/ou leurs dossiers médicaux.

Les participants étaient âgés, en moyenne, de 70 ans. Ils souffraient de maladies chroniques, telles que l'obésité, le diabète, l'hypertension artérielle, la sclérose en plaques, et/ou autres. Les participants se déplaçaient en fauteuil roulant manuel ou en fauteuil roulant motorisé. Ils vivaient au Centre d'hébergement Laurendeau depuis, en moyenne, trois ans. Les participants étaient hétérosexuels et célibataires, mais tous avaient partagé leur vie avec au moins un conjoint ou une conjointe.

4.3.2 Les techniques d'intervention privilégiées

Certaines techniques d'intervention ont été privilégiées lors des rencontres auprès des participants. Ces techniques s'appuient sur les objectifs et les principes de l'approche structurée, bien qu'elles ne soient pas exclusives à cette approche d'intervention (Lévesque et Panet-Raymond, 1994).

- **Reformulation** : La reformulation consiste à reprendre les paroles des participants en utilisant des mots différents de manière plus claire, plus concise ou plus explicite (Turcotte et Deslauriers, 2011). La personne responsable de l'intervention peut y avoir recours pour valider sa

compréhension et ainsi, éviter un malentendu (Turcotte et Deslauriers, 2011). Cette technique d'intervention est importante, car elle encourage les résidents à spécifier ou rectifier leurs propos.

- **Recadrage** : Le recadrage consiste à suggérer une façon alternative d'analyser et d'interpréter la problématique afin de lui donner une perspective ou une signification différente (Turcotte et Deslauriers, 2011). Autrement dit, il s'agit de présenter la problématique sous un angle ou un éclairage inexploré invitant ainsi les participants à la percevoir ou la caractériser autrement (Turcotte et Deslauriers, 2011). Cette technique d'intervention est utile, car elle permet aux résidents une relecture du contexte et des événements.

- **Confrontation** : La confrontation vise à susciter l'introspection et l'autoréflexion (Turcotte et Deslauriers, 2011). La personne responsable de l'intervention peut y avoir recours pour souligner certaines ambiguïtés, incohérences ou contradictions dans les dires et les actions des participants (Turcotte et Deslauriers, 2011). Cette technique d'intervention est importante, car elle permet aux résidents une remise en question et une prise de conscience.

4.3.3 Les thématiques discutées lors des rencontres

Les thématiques discutées lors des rencontres étaient prédéterminées en fonction des cinq pratiques de l'approche structurelle. Il est à noter que chaque rencontre débutait par un résumé de ce qui avait été verbalisé lors de la rencontre précédente afin de confirmer ma compréhension et permettre aux participants de préciser ou clarifier des éléments. Par la suite, je donnais un aperçu de ce qui serait abordé et discuté à la présente rencontre, tout en mentionnant les objectifs visés.

- **Rencontre 1** : La première rencontre portait sur la matérialisation de la problématique. D'abord, j'ai cru bon de débiter par une définition de la sexualité afin que nous ayons un point de référence commun. Par la suite, je tentais de déterminer si l'admission en centre d'hébergement avait modulé l'expression de la sexualité. Pour ce faire, je questionnais le degré d'importance accordé à la sexualité sur une échelle de 0 à 10 (0 étant « pas important » et 10 étant « très important ») ainsi que les activités sexuelles habituelles avant l'admission et depuis l'admission au Centre d'hébergement Laurendeau. Ce faisant, je soulignais la différence entre la vie à domicile et à la vie en institution. Cela permettait de cibler les obstacles et les contraintes

organisationnelles. Enfin, je tentais de déterminer si d'autres facteurs ou variables avaient affecté l'expression de la sexualité aux plans physiologique, psychologique et sociologique. Cela permettait de cibler la nature de la problématique, tout en identifiant les joies, les plaisirs, les manques et les frustrations.

- **Rencontre 2** : La deuxième rencontre portait sur la collectivisation de la problématique. J'essayais de repérer les similarités entre sa situation personnelle et celle des autres résidents à la lumière de ce qui était vu et entendu, puis de ce qui circulait au sein de l'établissement. Cela permettait de faire des liens entre sa propre sexualité et celle des autres résidents du Centre d'hébergement Laurendeau. Je transmettrais aussi des données sur la nature et la fréquence des activités sexuelles des résidents en centre d'hébergement ainsi que sur les aspirations sexuelles de ces derniers, selon diverses études scientifiques, dont celle de Ginsberg, Pomerantz et Kramer-Feeley (2005). Cela permettait de prendre conscience du caractère collectif de la problématique, normalisant ainsi son expérience personnelle.

- **Rencontre 3** : La troisième rencontre portait sur la défense des droits. D'abord, je transmettais des informations sur les orientations ministérielles ayant trait à la sexualité des résidents en centre d'hébergement. De plus, je parcourais le Guide d'accueil en hébergement (Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord, 2012) remis aux résidents lors de leur admission au Centre d'hébergement Laurendeau afin de connaître leurs droits sexuels. Par la suite, je tentais de déterminer si leurs droits sexuels, mais aussi leurs droits à l'intimité et à la vie privée, étaient respectés. Cela permettait une réflexion sur les relations de pouvoir entre les résidents et le personnel en effectuant un parallèle avec diverses situations. Ce faisant, je questionnais les démarches entreprises lorsque des droits n'avaient pas été respectés afin de travailler l'autonomie et la capacité à défendre ses droits, dont ses droits sexuels. Enfin, je tentais de répondre aux questions et aux préoccupations des participants concernant l'expression de leur sexualité au sein du Centre d'hébergement Laurendeau.

- **Rencontre 4** : La quatrième rencontre portait sur le questionnement de l'idéologie dominante. J'essayais de déterminer si la sexualité est un sujet qui devrait être ouvertement et explicitement abordé et discuté au sein du Centre d'hébergement Laurendeau considérant les apports sur la

qualité de vie, le bien-être et la santé globale. J'essayais aussi de déterminer la forme (ex. consultation médicale, intervention psychosociale, kiosque d'information, ou autres), la fréquence (ex. au besoin, lors de l'admission, lors des rencontres interdisciplinaires, ou autres), le contexte et les circonstances que ces initiatives devraient prendre. Cela permettait de remettre en question le modèle médical, et plus spécifiquement les actions du personnel quant à la sexualité des résidents.

- **Rencontre 5** : La cinquième rencontre portait sur l'augmentation du pouvoir. D'abord, je tentais de déterminer la nature actuelle et souhaitée ainsi que la fréquence actuelle et souhaitée (allant de « jamais », « une fois par mois », « une fois par semaine » à « une fois par jour ») des activités sexuelles (donner ou recevoir des bécots ou des baisés, des câlins ou des accolades, des caresses ou des massages, et autres). Par la suite, je tentais de cerner les stratégies permettant de favoriser l'expression de la sexualité ainsi que les solutions permettant de se sentir plus à l'aise d'exprimer sa sexualité au sein du Centre d'hébergement Laurendeau. Enfin, je tentais de voir comment ces stratégies ou ces solutions pouvaient être mises en place, puis de voir quel premier pas pouvait être fait en cette direction.

4.4 Les principes éthiques respectés

En conformité avec le Code d'éthique du CSSSAM-N (Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord, 2011) et le Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (Publications du Québec, 2010), certains principes éthiques ont guidé plus particulièrement le projet d'intervention, soit le consentement libre et éclairé, la confidentialité et le respect de la personne.

- **Le consentement libre et éclairé** : Afin de m'assurer que les résidents prennent une décision libre et éclairée quant à leur participation à ce projet stage, je leur ai transmis certaines informations de manière claire et objective, dès nos premiers contacts. D'abord, je leur ai expliqué mon rôle et mon statut en tant que stagiaire. De plus, je leur ai présenté la nature et les objectifs du projet, la nature de la participation demandée et le déroulement du projet, les avantages ainsi que les risques et les inconvénients associés à leur participation, tout en précisant

que celle-ci est purement volontaire. Enfin, je me suis assurée d'éclaircir leurs incompréhensions et de répondre à leurs questions susceptibles d'influencer leur décision, et ce, dans un langage accessible et compréhensible. Il est à noter que le formulaire d'information qui leur était remis détaillait l'ensemble de ces éléments pour qu'ils puissent y réfléchir à tête reposée sans aucune forme de pression, de contrainte ou de menace de représailles.

- **La confidentialité** : Étant tenue au secret professionnel, à moins d'un avis contraire du client autorisant la levée du secret professionnel ou d'une situation nécessitant la protection du client, j'ai assuré aux participants que le partage de leurs expériences demeurerait anonyme et confidentiel dans la mesure où les informations transmises ne permettraient pas de les identifier, notamment si elles sont utilisées à des fins didactiques. Je dois admettre qu'il a parfois été difficile de veiller à cette considération éthique lors des échanges ponctuels et des supervisions hebdomadaires avec ma superviseuse de stage. J'ai dû faire appel à mon jugement professionnel pour conserver autant que possible l'anonymat et la confidentialité des participants, par exemple en questionnant la raison et la pertinence de transmettre certains renseignements à ma superviseuse de stage. Néanmoins, j'ai fait preuve de discrétion lorsque l'environnement se prêtait peu à la confidentialité, comme lorsque je croisais un participant dans une aile ou une salle commune.

- **Le respect de la personne** : Considérant que chaque personne est unique et distincte selon son identité, ses expériences et sa trajectoire de vie, j'ai tenté de maintenir un regard neutre et ouvert afin de ne pas imposer ma vision, mes valeurs et mes convictions aux participants. Par ailleurs, j'ai essayé de préserver leur dignité en discernant leurs défauts et leurs incapacités, mais aussi leurs qualités et leurs aptitudes. Dans le même sens, j'ai veillé à l'intégrité physique et morale ainsi que l'honneur et la réputation des participants. Enfin, j'ai soutenu leur autonomie et leur autodétermination en respectant leurs choix, leurs décisions et leurs actions.

CHAPITRE V

Bilan de l'intervention

Ce chapitre comprend un bilan de l'intervention, soit un regard réflexif et une analyse critique selon ce qui a été expérimenté, afin de déterminer si les objectifs de l'intervention ont été atteints. Dans un premier temps, la perception des participants de l'intervention sera précisée. Dans un deuxième temps, quelques réflexions ayant émané de l'intervention seront explicitées. Dans un troisième temps, les limites de l'intervention individuelle et l'approche structurelle en contexte d'hébergement seront présentées. Dans un quatrième temps, le retour sur la question directrice et les objectifs de l'intervention sera détaillé. Dans un cinquième temps, les retombées potentielles de l'intervention seront spécifiées. Il est à noter que les conclusions sont difficilement généralisables aux personnes âgées en CHSLD, car l'intervention a été réalisée auprès d'un petit nombre de résidents. De façon plus précise, les participants avaient des caractéristiques sociodémographiques qui ont sûrement influencé l'intervention. Par exemple, l'état de santé (les diagnostics de santé physique et mentale), la période de temps passé en centre d'hébergement, puis l'historique conjugal et sexuel (les relations conjugales et sexuelles antérieures) ont certainement influencé ce qui a été verbalisé lors de l'intervention. Il faut alors faire preuve de prudence en analysant les résultats obtenus.

5.1 La perception des participants de l'intervention

Un questionnaire d'appréciation a été donné aux participants afin de connaître leur opinion et leur perspective sur le projet de stage. Plus précisément, j'ai demandé aux participants de remplir ce questionnaire seul de manière anonyme et confidentielle, à la fin de l'intervention. Toutefois, les participants ont préféré compléter ce questionnaire avec moi en me transmettant leurs réponses oralement afin que je les prenne en note. Le questionnaire d'appréciation m'a permis de tirer certaines conclusions quant aux perceptions et aux impressions des participants face à l'intervention.

Tous les participants ont dit avoir apprécié participer à ce projet. Il semble que l'intervention ait représenté une expérience positive pour eux. La majorité des participants ont dit que cette intervention était pertinente. Certains participants ont dit que d'autres résidents ou

résidentes bénéficieraient de cette intervention. Toutefois, un participant avait un avis contraire et un autre ne savait pas. En ce sens, la pertinence de cette intervention pour soi et pour d'autres résidents ou résidentes était mitigée. Certains participants ont dit avoir « bien aimé » ou « beaucoup aimé » participer à ce projet, car cela leur a permis de partager des choses dont ils ne parlent pas et même dont ils n'ont jamais parlé. Il aurait été possible d'anticiper de la gêne, de la timidité et/ou de la pudeur de la part des participants, mais cela ne semble pas avoir été le cas. D'ailleurs, plusieurs résidents approchés m'ont parlé de leurs relations conjugales et/ou sexuelles antérieures, puis de leurs désirs et leurs fantasmes actuels avant même que je leur présente le projet. Cela démontre leur intérêt, à tout le moins pour quelques résidents, à discuter de la sexualité. Je pense que le fait de considérer les résidents comme des êtres sexués a ouvert une porte de façon tout à fait naturelle et spontanée. Je pense que le temps et l'implication personnelle alloués à la création d'une relation de confiance, sous la forme de visites amicales, ont permis aux participants de se sentir confortables de révéler des informations personnelles sur un sujet aussi intime que la sexualité. Je pense aussi que l'attention et la sensibilité ainsi que l'empathie et l'ouverture d'esprit témoignées aux participants ont contribué au climat de respect et de confiance. Certains participants ont dit que le projet était « bien fait » et « bien élaboré », car l'intervention couvrait « beaucoup de choses ». La majorité des participants ont dit qu'ils ne feraient rien autrement si l'intervention était à refaire. Par contre, un participant a suggéré de remettre un questionnaire, avant le début de l'intervention, portant sur les divers aspects abordés afin de mieux préparer les rencontres, lesquelles seraient plus riches et moins longues. Il est à noter que cette personne avait mentionné, lors de la première rencontre, que le contenu était répétitif au sein même de celle-ci.

5.2 Quelques réflexions ayant émané de l'intervention

Des réflexions ont émergé des rencontres auprès des participants, que ce soit au niveau de la pertinence ou la légitimité de l'intervention.

De quelle manière le projet a contribué à problématiser une réalité qui n'était peut-être pas problématique ? Dans quelle mesure le projet a-t-il participé à rendre une situation plus problématique qu'elle ne l'était en réalité ? D'une part, il peut sembler contre-intuitif de recruter des participants pour prendre part à une intervention considérant que ce sont les individus qui

nous approchent habituellement, en tant que travailleurs sociaux, pour avoir recours à notre aide et notre soutien. La sexualité des personnes âgées en CHSLD ne représente pas une problématique qui a été soulevée directement par les résidents. Il s'agit plutôt d'une problématique que j'ai assumée en fonction de la littérature et de mes observations, puis que j'ai explorée avec les participants. Toutefois, cela peut aussi sembler logique d'aller vers les résidents considérant les prémisses du cadre théorique. Ce faisant, j'ai proposé des pistes de réflexion, lesquelles ont pu influencer la vision et la situation des participants. En ce sens, il est possible de penser que le projet a réveillé quelque chose, mais ce n'est pas parce que les participants n'avaient pas pleinement conscience de la problématique, s'étant résignés, qu'elle n'en était pas une ou qu'elle en est devenue une suite à l'intervention. D'autre part, les participants n'identifiaient pas la présence encore prédominante du modèle médical et ainsi, les relations de pouvoir et les rapports de force entre eux et le personnel, comme étant la source et la nature principale de la problématique. Certes, ils estimaient que le centre d'hébergement n'était pas un lieu stimulant au plan sexuel et propice aux activités sexuelles, puis qu'il diminuait les chances de rencontrer un conjoint ou un partenaire. D'ailleurs, certains résidents ont dit que le centre d'hébergement ressemblait plus à un hôpital qu'un « chez soi », ce pourquoi ils n'avaient pas l'impression de se sentir comme « chez eux », devant revendiquer leurs droits pour les faire respecter (ex. demander de ne pas être dérangés lorsqu'ils reçoivent un invité dans leur chambre). Par contre, la maladie, la vieillesse et l'absence d'un partenaire semblaient être des facteurs ou des variables qui interfèrent aussi beaucoup. De ce fait, je pense que l'intervention aurait pris une autre tonalité et une autre tournure, notamment si les participants avaient été en couple (s'ils avaient eu un conjoint ou un partenaire), ou encore, si les participants avaient clairement voulu améliorer l'expression de leur sexualité, tout en respectant le cadre de l'intervention.

Au-delà de la pertinence de l'intervention, il est possible de se questionner sur sa légitimité. Pourquoi s'immiscer dans la sexualité des résidents ? Pourquoi institutionnaliser la sexualité des résidents plutôt que de préserver leur liberté individuelle ? Après l'époque du tabou, on assiste actuellement à l'heure du « droit à ... », pense Marchal (2014). Il faut faire attention à ne pas aller trop loin dans nos volontés moralisatrices et normalisatrices, suggère l'auteur, et ainsi, étouffer tout désir et besoin sexuels ou toute créativité et imagination sexuelles. Il faut être vigilant face au danger d'institutionnalisation, ajoute Marchal (2014), et ultimement de sclérose

ou de paralysie d'un élément intrinsèquement intime et personnel, dont il est possible de détruire et anéantir en voulant le contrôler. Est-ce que les institutions peuvent se mêler de la sexualité des résidents sans s'emmêler ? Il faut se permettre d'en douter considérant les risques de débordement (ex. une prise en charge de la sexualité, une incitation institutionnelle à en parler, etc.). À ce propos, il faut savoir que certains participants ont dit que la sexualité est un sujet qui « devrait » ou « pourrait » être ouvertement abordé par le personnel au même titre que tout autre sujet, notamment lors de l'admission au centre d'hébergement, malgré les effets pervers de l'institutionnalisation. Selon Foucault, le pouvoir institutionnel est insidieux au sein des établissements, car le contrôle et la domination se mettent en place et se propagent, pénétrant et contrôlant le plaisir quotidien (Foucault, 1976). Considérant les deux composantes du biopouvoir, soit disciplinaire et régularisatrice, lesquelles passent, à tout le moins en partie, par l'institutionnalisation et la médicalisation, il est possible de percevoir le centre d'hébergement comme une institution de prise en charge des personnes âgées, notamment via la médecine et par le fait même, la santé (Foucault, 1976). De façon plus précise, le pouvoir disciplinaire qui s'exerce dans la vie courante sur les corps et auquel la médecine contribue aussi, notamment en prescrivant ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire, laisse présager que la sexualité y passerait également. Ainsi, en voulant faciliter l'expression de la sexualité des personnes âgées en centre d'hébergement, ne fait-on pas le contraire finalement ?

5.3 Les limites de l'intervention individuelle et l'approche structurelle en contexte d'hébergement

Il est possible de cibler les limites de l'intervention individuelle et l'approche structurelle en contexte d'hébergement selon ce qui a été expérimenté avec les participants lors de l'intervention au Centre d'hébergement Laurendeau, et ce, en accord avec la littérature.

L'intervention individuelle a certainement facilité le climat de respect et de confiance avec les résidents, puis elle a certainement atténué leur méfiance et leurs réticences à s'exprimer aisément et ouvertement. D'ailleurs, j'ai perçu une grande sincérité, transparence et authenticité dans les réflexions et les discussions avec les participants, démontrant par le fait même l'établissement d'une relation égalitaire avec eux. Une intervention de groupe aurait sûrement été profitable pour les participants, car ils disaient être solitaires et avoir peu de contacts avec les autres résidents, comme s'ils étaient en vase clos dans leur chambre. Par ailleurs, ceux-ci

semblaient entretenir de fausses croyances ainsi que de fausses perceptions et représentations sur les autres résidents, notamment au niveau de la sexualité, laissant place à des jugements. Une intervention de groupe aurait peut-être permis aux participants de repérer davantage de similarités et de faire davantage de rapprochements entre leur situation ainsi que celles des autres résidents. En ce sens, ils auraient pu s'identifier directement à leurs pairs, suscitant un impact d'autant plus fort. Une intervention de groupe aurait peut-être contribué à rompre ou, à tout le moins, à réduire encore plus l'isolement des participants et ainsi, contribué à la prise de conscience du caractère collectif de la problématique. De ce fait, ils auraient pu mettre en commun leur réalité et développer des relations interpersonnelles, permettant une portée d'autant plus large et durable à travers le temps. Toutefois, une telle intervention n'aurait probablement pas été possible dû au refus des résidents à prendre part à une intervention de groupe, sans compter l'imprévisibilité et les impondérables du contexte d'hébergement au plan organisationnel. Il est à noter que tous les participants m'ont demandé s'il s'agissait d'une intervention de groupe lorsque je leur ai présenté le projet, me mentionnant qu'ils refuseraient d'y participer, le cas échéant. Enfin, il aurait été difficile, voire même impossible, de recruter des participants pour une intervention de groupe compte tenu des contraintes institutionnelles (ex. l'heure des soins, l'heure des repas, la fermeture des étages lors d'éclosions, etc.). En regard de ce qui précède, j'estime que le recours à une intervention individuelle était tout de même préférable auprès de la clientèle en contexte d'hébergement, malgré les avantages liés à la dynamique de groupe.

L'approche structurelle m'a demandé beaucoup de temps, devant apprendre à connaître les résidents et développer une relation de confiance avec eux. Elle m'a aussi demandé beaucoup de préparation, devant planifier convenablement les rencontres, lesquelles nécessitaient des connaissances variées et approfondies sur le sujet et la problématique, mais aussi sur les orientations ministérielles et le Centre d'hébergement Laurendeau. L'utilisation d'une telle approche semble avoir été appréciée par les participants, car ceux-ci ont mentionné avoir aimé que l'intervention couvre plusieurs aspects, dimensions et thématiques. Toutefois, la matérialisation et la collectivisation de la problématique sont un processus de longue haleine, lequel aurait nécessité plusieurs rencontres échelonnées sur une plus longue période de temps pour faire évoluer la réflexion et la discussion, puis pour susciter un changement individuel, mais également un changement institutionnel de plus grande ampleur. De façon plus précise, une seule

rencontre par pratique (matérialisation de la problématique, collectivisation de la problématique, défense des droits, questionnement de l'idéologie dominante, augmentation du pouvoir), donnait peu de temps, notamment pour travailler les capacités d'écoute, d'affirmation, de négociation et de persuasion des participants, puis ultimement, de défense des droits sexuels. Par exemple, des jeux de rôle ou des mises en situation auraient pu être utilisés, en ayant eu plus de temps, pour les pratiquer. En ce sens, cette approche d'intervention n'est peut-être pas adaptée à la réalité des professionnels en centre d'hébergement, car ils manquent cruciallement de temps. Enfin, l'approche d'intervention privilégiée est exigeante intellectuellement, puis elle requiert de bonnes capacités cognitives et communicationnelles, incluant des capacités de conscientisation et de verbalisation, de la part des participants. De ce fait, cette approche d'intervention n'est peut-être pas adaptée à la condition des personnes âgées en CHSLD, compte tenu, dans bien des cas, de leurs atteintes cognitives. Ceci étant dit, une autre approche d'intervention s'adressant autant aux résidents avec et sans pertes cognitives aurait pu rejoindre plus de personnes âgées. À la lumière de ce qui précède, je considère que le recours à l'approche structurelle n'était peut-être pas la meilleure décision. Il est à noter que les limites de l'approche structurelle expérimentées concordent avec celles soulignées par Bellemare et Gauthier (2006), Moreau (1987) et Turcotte et Deslauriers (2011).

5.4 Le retour sur la question directrice et les objectifs de l'intervention

Étant donné que la sexualité représente un défi de taille pour les personnes âgées voulant avoir des activités sexuelles en centre d'hébergement, j'ai voulu offrir aux résidents un accompagnement afin qu'ils puissent exprimer plus aisément leur sexualité. En ce sens, cet essai critique a tenté de déterminer si une intervention individuelle auprès des personnes âgées en CHSLD permettrait de faciliter l'expression de leur sexualité.

À la lumière de ce qui a été dit par les participants et de mon analyse, je pense qu'une intervention individuelle auprès des personnes âgées en centre d'hébergement peut, à tout le moins en partie, faciliter l'expression de leur sexualité. De façon plus précise, tous les participants ont dit connaître mieux leurs droits sexuels au Centre d'hébergement Laurendeau et tous les participants ont dit se sentir plus en mesure de faire valoir leurs droits sexuels auprès du personnel. Il semble que les participants aient profité de la transmission d'informations sur les

orientations ministérielles et leurs droits sexuels au sein de l'établissement. Il semble aussi que les participants aient bénéficié du travail réalisé quant à leur capacité à s'affirmer et à revendiquer leurs droits sexuels auprès du personnel. À défaut d'avoir plus de contrôle sur l'expression de leur sexualité, je pense que les participants ont développé un sentiment de contrôle à cet effet. Toutefois, la majorité des participants ont dit ne pas se sentir plus à l'aise de discuter de leur sexualité avec le personnel et tous les résidents ont dit ne pas se sentir plus à l'aise d'exprimer leur sexualité. Dans le même sens, tous les résidents ont dit que l'importance accordée à la sexualité ainsi que leurs activités sexuelles et la fréquence de leurs activités sexuelles n'ont pas changé suite à l'intervention. Il semble que l'intervention n'ait pas engendré des changements concrets à ce niveau. Les participants identifiaient des possibilités pour changer et améliorer leur situation, puis ils trouvaient des solutions pour pallier à la problématique et ainsi, favoriser l'expression de leur sexualité. Par contre, ils n'étaient pas prêts à susciter un changement et mettre en place ces stratégies ou ces solutions, ni même à faire un premier pas en cette direction. Les participants ont dit qu'ils se laisseraient probablement aller s'ils rencontraient quelqu'un et que l'occasion se présentait, mais qu'ils ne voulaient pas faire des efforts ou des démarches pour provoquer activement les choses. Malgré tout, je pense que l'intervention a fait avancer les participants et qu'un travail s'est engagé compte tenu des questions posées et des réflexions amenées, notamment quant au droit qu'ils s'accordent à avoir une sexualité. Par exemple, un participant m'a dit penser davantage à la sexualité lorsqu'elle voyait des scènes sensuelles ou érotiques à la télévision depuis quelques semaines, ce qui, à ce moment, correspondait au début de l'intervention. Enfin, je considère que l'intervention mise en place aurait été d'autant plus bénéfique suite à un atelier ou une activité sur le rapport au corps afin que les résidents se réapproprient leur corps et leur sexualité malgré la maladie, la vieillesse et l'absence d'un partenaire. Cela aurait peut-être permis aux résidents de réapprendre à s'aimer et à se sentir bien dans leur corps, puis à se sentir de nouveau maîtres de leur corps.

J'estime que l'objectif général qui était de faciliter l'expression de la sexualité des personnes âgées en CHSLD a été atteint globalement, mais pas entièrement dû aux raisons mentionnées précédemment. Quant à eux, les trois objectifs spécifiques de l'intervention étaient de : 1. favoriser une prise de conscience de la part des résidents face aux conditions d'oppression liées à l'expression de leur sexualité et l'organisation institutionnelle qui engendre

ces conditions ; 2. favoriser une augmentation du pouvoir des résidents quant à leur sexualité ; 3. favoriser le respect des droits sexuels des résidents au sein du Centre d'hébergement Laurendeau. Je considère que les objectifs spécifiques n'ont pas été atteints intégralement, malgré un cheminement de la part des participants sur chacun de ces niveaux.

5.5 Les retombées potentielles de l'intervention

Outre les bénéfices retirés par les participants, l'intervention a possiblement permis de sensibiliser les professionnels du Centre d'hébergement Laurendeau à l'importance d'aborder le sujet et d'offrir l'opportunité d'en discuter, puis d'intervenir auprès des résidents pour favoriser l'expression de leur sexualité. Selon mon interprétation, l'intervention a confirmé que les personnes âgées ont bien une sexualité. Il était évident que les participants pensaient encore à la sexualité, d'une manière ou d'une autre. Pour certains, la sexualité était toujours un aspect important dans leur vie. Pour d'autres, la sexualité était maintenant marquée par la nostalgie du passé. Tous affirmaient que l'expression de la sexualité en centre d'hébergement était normale et acceptable, mais présentait des difficultés. Il est à noter que ces conclusions coïncident avec celles de Bauer et al. (2013).

Considérant que le projet a démontré la nécessité de transmettre des informations quant à ce qui entoure l'expression de la sexualité des personnes âgées en CHSLD, mais que l'intervention ne sera pas poursuivie, j'ai réalisé un dépliant informatif pour les nouveaux résidents du Centre d'hébergement Laurendeau (voir l'annexe C). Il est à noter que ma superviseure, étant la seule travailleuse sociale au sein de l'établissement, ne sera pas en mesure d'assurer la pérennité de l'intervention compte tenu de sa charge de travail. Le dépliant a été créé selon la recension des écrits et le sommaire de ce qui a été verbalisé par les participants lors de l'intervention. Le dépliant a été conçu en collaboration avec ma superviseure, les participants et la femme d'un résident ayant entendu parler du projet et m'ayant fait part de son intérêt à y participer d'une quelconque façon. Le dépliant a pour objectif de permettre aux résidents, lors de leur arrivée au Centre d'hébergement Laurendeau, de connaître leurs droits sexuels, de reconnaître que certains résidents ont une sexualité active, laquelle est acceptée et respectée par le personnel de l'établissement, puis ultimement, de se sentir à l'aise d'exprimer leur sexualité dans leur nouveau milieu de vie. Pour ce faire, il inclut les renseignements suivants : un survol des

activités sexuelles, des apports associés à la sexualité et des droits sexuels, puis le nom et les coordonnées d'une personne-ressource à qui se référer pour toute question ou préoccupation liée à la sexualité. Le dépliant peut être une source d'information pour les nouveaux résidents, mais aussi pour leurs conjoints ainsi que leur entourage, permettant de les sensibiliser à ce sujet. Une fois approuvé par la Direction des communications du CSSSAM-N, il serait possiblement inséré dans la pochette d'accueil distribué aux résidents, lors de leur admission au Centre d'hébergement Laurendeau. Ainsi, le projet a tenté d'avoir un impact pouvant dépasser l'individu, se situant également au plan institutionnel.

Concernant la diffusion des connaissances, j'ai présenté mon projet de stage à la *Vitrine de la maîtrise*, une journée organisée par l'École de service social de l'Université de Montréal en avril 2015. Cela m'a offert l'opportunité de discuter de la problématique et l'intervention mise en place avec des collègues, mais aussi avec divers acteurs du milieu de la santé et des services sociaux.

CHAPITRE VI

Bilan de l'implantation

Ce chapitre comprend un bilan de l'implantation afin de mettre en lumière ce qui a nui et ce qui a aidé à la réalisation du projet de stage par rapport à ce qui avait été envisagé et planifié initialement. Dans un premier temps, les facteurs organisationnels incluant le manque de ressources matérielles pour les stagiaires et les contraintes institutionnelles seront précisés. Dans un deuxième temps, les facteurs professionnels, soit le manque de considération pour les stagiaires, seront explicités. Dans un troisième temps, les facteurs sociaux, c'est-à-dire les restrictions budgétaires, seront présentés.

6.1 Les facteurs organisationnels

Au plan organisationnel, certains éléments ont eu des conséquences, autant négatives que positives, sur l'implantation du projet de stage.

6.1.1 Le manque de ressources matérielles pour les stagiaires

Il est important de souligner le manque de ressources matérielles pour les stagiaires au sein de ce milieu. D'abord, j'ai dû partager un bureau avec ma superviseure et l'une de ses collègues. Il était donc parfois difficile de me concentrer pour travailler de manière efficace compte tenu des multiples distractions et dérangements. Je pense que les stagiaires devraient avoir un bureau réservé permettant plus de tranquillité pour lire et rédiger. Par ailleurs, mes échanges quotidiens et mes supervisions hebdomadaires avaient parfois lieu devant une autre personne présente dans le bureau à ce moment (ex. résident, bénévole, professionnel, etc.). En ce sens, le fait de partager un bureau peut compromettre la confidentialité des participants et de l'intervention. Je pense que les stagiaires et leur superviseur devraient bénéficier d'un local ou d'une salle plus propice aux supervisions. De plus, j'ai dû apporter mon ordinateur portable personnel, car il m'a été impossible d'avoir accès à un ordinateur, sans compter qu'il m'a été impossible d'avoir accès à un téléphone et une boîte vocale. Cela a généré de l'anxiété quant au vol potentiel de mon ordinateur portable et a complexifié la communication avec les participants devant laisser un message sur la boîte vocale de ma superviseure. Considérant son horaire variable et ses absences fréquentes, je n'avais pas toujours connaissance de leurs messages et je

ne pouvais pas nécessairement les rappeler. Enfin, il ne s'agit pas de blâmer le milieu de stage, mais plutôt de relever une certaine réalité propre au contexte institutionnel et mentionner que ce dernier n'est pas toujours idéal pour réfléchir, travailler et discuter comme nous le souhaiterions.

6.1.2 Les contraintes institutionnelles

L'intervention a été affectée par les contraintes institutionnelles, telles que l'heure des soins, l'heure des repas, l'heure des activités, etc. D'abord, il était difficile de trouver des moments opportuns pour les visites et les rencontres auprès des résidents, surtout en seulement deux à trois jours de stage par semaine. Cela m'a demandé beaucoup d'adaptation et d'organisation quant à mon horaire. Par exemple, je devais souvent attendre ou revenir ultérieurement. De plus, il était presque impossible de ne pas être dérangé, parfois même à de multiples reprises, par un membre du personnel pour la prise de pression artérielle, la distribution des médicaments, le changement de pansement, le rangement du lavage, le changement des produits d'incontinence, etc. Cela engendrait un certain empressement, car je savais que nous serions interrompus à un moment ou un autre. Cela produisait une coupure dans la réflexion et la discussion entamées. Toutefois, je suis bien consciente que ces situations font partie des pratiques de soins usuelles en centre d'hébergement. L'intervention a aussi été affectée par la fermeture des étages et la fermeture complète du centre d'hébergement pour cause d'éclosions durant plusieurs semaines. Pendant ce temps, il était impossible de communiquer avec les participants. Cet obstacle est important à considérer pour assurer le lien de confiance ainsi que la continuité de l'intervention de semaine en semaine. Je pense que les stagiaires devraient avoir accès à la liste des résidents et leur numéro de téléphone afin de pouvoir les prévenir lors d'un empêchement ou d'une situation hors de leur contrôle. Ces contraintes institutionnelles ont limité l'accès aux résidents et ainsi, le nombre de participants. Cela m'a demandé beaucoup de souplesse et de flexibilité quant à ma planification et mes aspirations.

Malgré les difficultés éprouvées au niveau organisationnel, il est à noter que la liberté offerte par le milieu a facilité l'implantation du projet de stage. Mon statut de stagiaire ayant été bien compris et respecté, j'ai pu me concentrer pleinement sur mon projet de stage. Autrement dit, j'ai pu allouer tout mon temps et mon énergie à la réalisation de l'intervention. Ayant une certaine indépendance face aux attentes et aux exigences du milieu, je ne ressentais pas de

pression supplémentaire quant à des formations à suivre, des évaluations psychosociales à compléter ou des dossiers à prendre en charge. Bref, j'ai pu faire preuve d'initiative et d'autonomie pour assurer la réalisation du projet de stage grâce à la latitude accordée par le milieu.

6.2 Les facteurs professionnels

Au plan professionnel, l'état d'esprit des professionnels a eu un impact sur ma collaboration avec eux et ainsi, sur l'implantation du projet de stage.

6.2.1 Le manque de considération pour les stagiaires

J'estime avoir perçu un manque de considération du milieu face aux stagiaires et ainsi, une indifférence des professionnels, du moins une grande partie de ces derniers. L'intervention aurait bénéficié d'une étroite collaboration avec le personnel et la direction de l'établissement. Par contre, les professionnels ne semblaient pas concernés par ma présence, démontrant peu de curiosité pour mon projet de stage. En ce sens, l'intérêt et l'attention des professionnels ont été difficiles à susciter et conserver, indépendamment de l'originalité de la problématique et la pertinence de l'intervention. De ce fait, j'étais parfois un peu réticente à requérir à leur collaboration, devant surmonter mes appréhensions tout en faisant preuve de motivation et de détermination pour y parvenir. Le milieu devrait encourager une vision positive des stages, puis un climat de partage et de complicité entre les professionnels et les stagiaires, en faisant valoir ce que ces derniers peuvent apporter, bien que les stagiaires ne soient souvent pas considérés comme étant une priorité. Autrement dit, il devrait mettre en valeur les avantages associés à la présence des stagiaires afin de discerner plus de réceptivité et de reconnaissance. Enfin, il est possible de penser que le Projet de loi n°10 a contribué au manque de considération du milieu face aux stagiaires, compte tenu des craintes et des inquiétudes ainsi que des préoccupations et des appréhensions des professionnels par rapport à cette réforme majeure du système de santé et de services sociaux (ex. l'abolition des agences de santé et de services sociaux de la province, la fusion des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), la création des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), etc.) (Assemblée nationale du Québec, 2015).

6.3 Les facteurs sociaux

Au plan social, certains éléments ont eu des répercussions, autant négatives que positives, sur l'implantation du projet de stage.

6.3.1 Les restrictions budgétaires

J'ai ressenti un grand mécontentement de la part des résidents quant aux conditions d'hébergement, lesquelles sont largement touchées par les restrictions budgétaires. Il est à noter que le CSSSAM-N fait face à des compressions de plusieurs millions de dollars imposées par le MSSS pour l'année en cours pour arriver à l'équilibre budgétaire. Celles-ci portent atteinte à la qualité des soins et des services offerts aux résidents. Ces derniers ont manifesté à plusieurs reprises lors des visites et des rencontres leur colère et leur frustration ainsi que leur déception et leur exaspération envers les conditions d'hébergement qui se détériorent année après année. De façon plus précise, ils dénonçaient le manque de personnel (temps d'attente plus long lors d'une demande d'aide), le roulement du personnel (mauvaise connaissance des résidents et leurs particularités), le manque de temps auprès des résidents (la rapidité avec laquelle les soins et les services sont dispensés), la rigidité organisationnelle (le manque de liberté décisionnelle de la part des résidents quant à l'heure du lever, l'heure du coucher, l'heure des soins, la fréquence du bain et de la douche, etc.), le manque de choix et de variétés quant aux repas, la diminution des activités, et autres. Certains ont même mentionné vouloir partir ou se sauver et déménager. Il semble que les visites et les rencontres auprès des résidents aient ouvert la porte aux insatisfactions et aux revendications dû au temps accordé ainsi que ma neutralité en tant que stagiaire. Étant sensible à leur quotidien, je les laissais ventiler avec une écoute attentive et empathique. Cela me faisait ressentir beaucoup d'impuissance. Cela laissait aussi parfois peu de place à l'intervention, devant recadrer mon rôle et mon mandat au sein du centre d'hébergement.

CONCLUSION

La sexualité est un besoin fondamental et une composante intrinsèque de la vie humaine, peu importe l'âge et le niveau de fonctionnement cognitif et physique (Bauer, McAuliffe et Nay, 2007 ; Di Napoli, Breland et Allen, 2013). D'ailleurs, plusieurs personnes âgées ont une sexualité active et veulent la conserver en centre d'hébergement (Lindau et al., 2007; Ginsberg, Pomerantz et Kramer-Feeley, 2005). Toutefois, la sexualité représente un défi de taille pour les résidents voulant avoir des activités sexuelles en CHSLD, car ceux-ci rencontrent de multiples obstacles et contraintes quant à la satisfaction de leurs désirs et leurs besoins sexuels (Bauer, Nay et McAuliffe, 2009 ; Frankowski et Clark, 2009; Hillman, 2012). Malgré cette réalité, peu de solutions ont été avancées pour répondre aux désirs et aux besoins sexuels des résidents, puis les stratégies proposées jusqu'à maintenant pour pallier à ces difficultés comportent des limites et des carences considérables, ne tenant pas compte de la dimension humaine de la sexualité. Pour cette raison, le projet de stage a porté sur la nécessité et la faisabilité d'une intervention psychosociale adaptée à la réalité de la clientèle en contexte d'hébergement, soit aux attentes spécifiques des résidents et aux structures organisationnelles de l'établissement. De façon plus précise, j'ai tenté de répondre à la question suivante : une intervention individuelle auprès des personnes âgées en CHSLD permettrait-elle de faciliter l'expression de leur sexualité?

D'une part, l'intervention avait pour objectif général de faciliter la sexualité des personnes âgées en CHSLD. En effet, l'intervention a tenté d'offrir un accompagnement aux résidents afin qu'ils puissent maintenir, préserver et améliorer leur qualité de vie, leur bien-être et leur santé générale dont la sexualité est partie prenante. Plus précisément, l'intervention avait comme objectifs spécifiques de : 1. favoriser une prise de conscience de la part des résidents face aux conditions d'oppression liées à l'expression de leur sexualité et l'organisation institutionnelle qui engendre ces conditions ; 2. favoriser une augmentation du pouvoir des résidents quant à leur sexualité ; 3. favoriser le respect des droits sexuels des résidents au sein du Centre d'hébergement Laurendeau. D'autre part, l'intervention a permis de créer un dépliant informatif pour les nouveaux résidents du Centre d'hébergement Laurendeau, selon la recension des écrits et le sommaire de ce qui a été verbalisé par les participants lors de l'intervention. Plus spécifiquement, ce dépliant a pour but de permettre aux résidents, lors de leur arrivée au Centre d'hébergement

Laurendeau, de connaître leurs droits sexuels, de reconnaître que certains résidents ont une sexualité active, laquelle est acceptée et respectée par le personnel de l'établissement, puis ultimement, de se sentir à l'aise d'exprimer leur sexualité dans leur nouveau milieu de vie. Ce faisant, il peut représenter une source d'information pour les nouveaux résidents, mais aussi pour leurs conjoints ainsi que leur entourage. En ce sens, le projet d'intervention a essayé d'initier un changement au plan individuel et au plan institutionnel.

Malgré les contraintes institutionnelles liées au milieu de stage, je considère que l'intervention a atteint partiellement son objectif général et ses objectifs spécifiques en faisant cheminer les participants sur certains points. Par exemple, les participants semblent avoir profité de la transmission d'informations sur les orientations ministérielles et leurs droits sexuels au sein du Centre d'hébergement Laurendeau, puis avoir bénéficié du travail réalisé quant à leur capacité à s'affirmer et à revendiquer leurs droits sexuels auprès du personnel. À défaut d'avoir plus de contrôle sur l'expression de leur sexualité, les participants semblent avoir développé un sentiment de contrôle à cet effet. Par contre, l'intervention ne semble pas avoir engendré des changements concrets concernant l'aisance à discuter de sa sexualité avec le personnel et l'aisance à exprimer sa sexualité, de même que l'importance accordée à la sexualité ainsi que les activités sexuelles et la fréquence des activités sexuelles. Il est à noter que je n'ai pas mesuré ces activités sexuelles, car il s'agit plutôt de données rapportées par les participants. De ce fait, l'intervention ne semble pas avoir amené les participants à vouloir faire des efforts ou des démarches pour provoquer activement les choses. Une question reste en suspens : est-ce que l'intervention mise en place aurait été d'autant plus bénéfique suite à un atelier ou une activité sur le rapport au corps afin que les résidents se réapproprient leur corps et ainsi, leur sexualité ?

Pour parvenir à ces résultats, l'intervention présentée dans cet essai critique s'est appuyée sur les principes avancés par Michel Foucault afin de mieux comprendre la problématique. Ceci étant dit, la conjonction pouvoir-savoir ainsi que la présence encore prédominante du modèle médical en CHSLD et les relations de pouvoir entre les résidents et le personnel ont servi de repères conceptuels pour analyser et interpréter la problématique. Par ailleurs, l'intervention s'est appuyée sur les bases de l'intervention individuelle et les pratiques de l'approche structurelle (matérialisation de la problématique, collectivisation de la problématique, défense des droits,

questionnement de l'idéologie dominante, augmentation du pouvoir) afin d'orienter et d'encadrer les rencontres auprès des participants.

Tel que mentionné dans l'analyse de l'intervention, le recours à une intervention individuelle s'est avéré préférable, malgré les avantages liés à la dynamique de groupe, considérant la teneur intime du sujet ainsi que l'imprévisibilité et les impondérables du contexte d'hébergement au plan organisationnel. Toutefois, le recours à l'approche structurelle n'était peut-être pas la meilleure décision, car cette approche d'intervention ne semble pas être adaptée à la réalité des professionnels et de la clientèle en centre d'hébergement. L'approche structurelle demande beaucoup de temps et de préparation, sans compter que la matérialisation et la collectivisation de la problématique sont un processus de longue haleine. L'approche structurelle est exigeante intellectuellement, puis elle requiert de bonnes capacités cognitives et communicationnelles de la part des participants. Une autre approche d'intervention moins demandante pour les professionnels et moins exigeante pour les participants aurait été plus propice.

Les questions entourant l'expression de la sexualité en milieu institutionnel sont complexes, notamment en ce qui concerne les personnes âgées en CHSLD. Par exemple, cela soulève certaines considérations quant aux rapports de force entre les résidents et le personnel. Ce projet de stage représente une contribution novatrice, n'ayant pas la prétention d'apporter une réponse à la problématique, car beaucoup reste à faire. D'abord, il faut continuer de contester et dénoncer la gestion et le contrôle du corps-objet au plan physique et psychologique, incluant au plan sexuel. De plus, il faut continuer d'inciter une prise de conscience individuelle et collective du contexte de dépendance et d'oppression dans lequel les résidents se trouvent afin d'éveiller un regard et une analyse critique, puis une remise en question de la situation et des conditions de vie actuelles en centre d'hébergement. Enfin, il faut continuer d'encourager la prise de pouvoir des résidents sur leur corps et leur sexualité. Ce n'est point une seule dénonciation qui pourra affranchir les résidents de la liaison pouvoir, savoir et sexualité. Ce processus ne peut être que long, nécessitant une irruption de la parole de la part des résidents, puis un acte social et politique de la part des travailleurs sociaux.

La sexualité des personnes âgées en CHSLD est un objet de recherche et d'intervention intéressant, lequel mérite attention, réflexion et discussion. Le présent projet de stage a démontré qu'il est pertinent et possible de réaliser une intervention individuelle visant à faciliter l'expression de la sexualité des résidents, bien que peut-être pas souhaitable en centre d'hébergement. Un recul face aux intentions initiales et aux objectifs subséquents a effectivement permis de susciter quelques réflexions au niveau de la pertinence et la légitimité de l'intervention, lesquelles demeurent sans réponse. Malgré tout, les travailleurs sociaux doivent se pencher sur cette problématique importante et préoccupante, surtout avec la venue prochaine des baby-boomers en CHSLD. Ces derniers ont grandi à une époque valorisant la liberté sexuelle, ce pourquoi leur arrivée en centre d'hébergement risque de susciter davantage d'attentes à ce niveau (Hillman, 2012). Autrement dit, les questions liées à la sexualité des personnes âgées en milieu d'hébergement deviendront plus courantes dans la pratique professionnelle (ex. maintien des activités sexuelles, recours à de l'assistance sexuelle, demande de consultation clinique, etc.) (Hillman, 2012).

Le système de la santé et des services sociaux traverse actuellement une profonde transformation dans un contexte de restrictions budgétaires, laquelle est marquée par des contestations sociales et politiques à la fois étudiantes, syndicales et citoyennes. Dans ces périodes de profonds bouleversements dont plusieurs iront jusqu'à qualifier d'austères, la sexualité des personnes âgées en CHSLD est loin d'être un sujet prioritaire. Toutefois, j'ose espérer que ces moments de crise et de remaniement pourront également être une source de créativité permettant de susciter des actions et des interventions novatrices ainsi que des changements positifs dans la situation et les conditions de vie des résidents en centre d'hébergement. C'est exactement ce dont il est question avec ce projet de stage via la mise en place de l'intervention et la création du dépliant informatif. De ce fait, j'ose espérer que ce projet de stage contribuera à l'amélioration des soins et des services sociaux offerts aux personnes âgées en CHSLD, puis au développement et au perfectionnement de la pratique professionnelle, en s'inscrivant dans les valeurs (ex. respect, dignité, etc.) et les principes (ex. se donner du pouvoir et se libérer en vue d'un plus grand bien-être, etc.) du travail social.

RÉFÉRENCES

- Aizenberg, D., Weizman, A. et Barak, Y. (2002). Attitudes toward sexuality among nursing home residents. *Sexuality and Disability*, 20(3), 185-189. doi: 10.1023/A:1021445832294
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. (2004). *Portrait du Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord*. Gouvernement du Québec.
- Allen, R. S., Petro, K. N. et Phillips, L. L. (2009). Factors influencing young adults' attitudes and knowledge of late-life sexuality among older women. *Aging and mental health*, 13(2), 238-245. doi: 10.1080/13607860802342243
- Assemblée nationale du Québec. (2015). Projet de loi n°10 : loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-10-41-1.html>
- Bauer, M. (2009). Their only privacy is between their sheets: Privacy and the sexuality of elderly nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing*, 25(8), 37-41. doi: 10.3928/0098-9134-19990801-07
- Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R., Wellman, D. et Beattie, E. (2013). 'I always look under the bed for a man'. Needs and barriers to the expression of sexuality in residential aged care: the views of residents with and without dementia. *Psychology & Sexuality*, 4(3), 296-309. doi: 10.1080/19419899.2012.713869
- Bauer, M., McAuliffe, L. et Nay, R. (2007). Sexuality, health care and the older person: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 2(1), 63-68. doi: 10.1111/j.1748-3743.2007.00051.x

- Bauer, M., Nay, R. et McAuliffe, L. (2009). Catering to love, sex and intimacy in residential aged care: What information is provided to consumers? *Sexuality and Disability*, 27(1), 3-9. doi: 10.1007/s11195-008-9106-8
- Bellemare, A.-M. et Gauthier, S. (2006). Application de l'approche structurale auprès des personnes détenues au Centre de prévention de l'immigration de Laval. *Intervention*, 125, 109-117.
- Bert, J.-F. (2011). *Introduction à Michel Foucault*. Paris, France: La Découverte.
- Bondil, P. (2008). Vieillesse sexuelle : mythes et réalités biologiques. *Sexologies*, 17(3), 152-173. doi: 10.1016/j.sexol.2008.06.001
- Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale. (2008). *Avis # CEC-2006-02, CEC-2006-02, CEC-2006,03*. Gouvernement du Québec.
- Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord. (2010). *Plan d'organisation : Novembre 2010*. Gouvernement du Québec.
- Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord. (2011). Code d'éthique du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord [Dépliant]. Montréal, Québec.
- Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord. (2012). Guide d'accueil en hébergement [Dépliant]. Montréal, Québec.
- Chao, J.-K., Lin, Y.-C., Ma, M.-C., Lai, C.-J., Ku, Y.-C., Kuo, W.-H. et Chao, I. C. (2011). Relationship among sexual desire, sexual satisfaction, and quality of life in middle-aged and older adults. *Journal of sex and marital therapy*, 37(5), 386-403. doi: 10.1080/0092623X.2011.607051
- Colson, M.-H. (2007). Sexualité après 60 ans, déclin ou nouvel âge de vie ? *Sexologies*, 16(2),

91-101. doi: 10.1016/j.sexol.2006.11.001

Cox, J. T. (2011). *A study of sexual expression and policy among nursing homes in the commonwealth of Kentucky*. (Thèse de doctorat), Spalding University, Louisville, KY.

Darnaud, T., Sirvain, S., Igier, V. et Taiton, M. (2013). Une étude sur la sexualité cachée des personnes âgées en institution. *Sexologies*, 22(4), 169-175. doi: 10.1016/j.sexol.2013.03.009.

Deacon, S., Minichiello, V. et Plummer, D. (1995). Sexuality and older people: Revisiting the assumptions. *Educational gerontology*, 21(5), 497-513. doi: 10.1080/0360127950210509

De Conto, C. (2013). Sexualité et vie affective au grand âge. *Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 13(78), 321-326. doi: 10.1016/j.npg.2013.08.002

DeLamater, J. D. et Sill, M. (2005). Sexual desire in later life. *Journal of Sex Research*, 42(3), 138-149. doi: 10.1080/00224490509552267

Demers, D., Larocque, G., Ouellet, M. et McNeil, R. (2004). *Rapport d'appréciation de la qualité des services d'hébergement et de soins de longue durée : Résidence Laurendeau*. Gouvernement du Québec.

Deslauriers, J.-P. et Hurtubise, Y. (2007). *Introduction au travail social* (2e ed.). Québec, Québec: Presses de l'Université Laval.

Di Napoli, E. A., Breland, G. L. et Allen, R. S. (2013). Staff knowledge and perceptions of sexuality and dementia of older adults in nursing homes. *Journal of Aging and Health*, 25(7), 1087-1105. doi: 10.1177/0898264313494802

Dupont, M., Prud'homme, D., Bouchard, C. et Roussy, B. (2014). Pour une qualité de vie dans un réel milieu de vie. *Mémoire présenté dans le cadre des Consultations particulières sur les*

conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (pp. 1-21): Réseau FADOQ.

Dupras, A. (2007). La chambre d'intimité en institution : innovation et paradoxes. *Gérontologie et société*, 3(122), 107-124. doi: 10.3917/g.s.122.0107

Dupras, A. (2011). Quality of sexual life of nursing home residents. In S. E. Plunkett (Ed.), *Palliative and nursing home care*. New York, NY: Nova Science Publishers.

Dupras, A. et Soucis, P. (2008). La sexualité des personnes âgées : bilan des recherches québécoises. *Sexologies*, 17(3), 190-198. doi: 10.1016/j.sexol.2007.12.009

Elias, J. et Ryan, A. (2011). A review and commentary on the factors that influence expressions of sexuality by older people in care homes. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11-12), 1668-1676. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03409.x

Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité 1: la volonté du savoir*. Paris, France: Gallimard.

Frankowski, A. C. et Clark, L. J. (2009). Sexuality and intimacy in assisted living: Residents' perspectives and experiences. *Sexuality Research and Social Policy Journal of NSRC*, 6(4), 25-37. doi: 10.1525/srsp.2009.6.4.25

Ginsberg, T. B., Pomerantz, S. C. et Kramer-Feeley, V. (2005). Sexuality in older adults: Behaviours and preferences. *Age and Ageing*, 34(5), 475-480. doi: 10.1093/ageing/afi143

Girard, C., Ouellet, C., Labrie, J., Nault, C. et Manguian Chahinian, L. (2014). *Rapport de visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie : Centre d'hébergement Laurendeau*. Gouvernement du Québec.

- Giroux, M., Rocher, G. et Lajoie, A. (1999). L'émergence de la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1991 : une chronologie des événements. *Droit de la santé*, 33, 659-695.
- Hajjar, R. R. et Kamel, H. K. (2004). Sexuality in the nursing home, part 1: Attitudes and barriers to sexual expression. *Journal of the American Medical Directors Association*, 5(2), S43–S47. doi: 10.1097/01.JAM.0000061465.00838.57
- Hillman, J. (2012). *Sexuality and aging: Clinical perspectives*. New York, NY: Springer.
- Holstensson, L. et Rioufol, M.-O. (2000). *Besoins affectifs et sexualité des personnes âgées en institution : le savoir et le "comment faire" face à un tabou*. Paris, France: Masson.
- Le Bossé, Y. (2003). De l'"habilitation" au "pouvoir d'agir" : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 30-51. doi: 10.7202/009841ar
- Lépine, N. (2008). *Vieillir en institution : sexualité, maltraitance, transgression*. Lyon, France: Chronique Sociale.
- Lévesque, J. et Panet-Raymond, J. (1994). L'évolution et la pertinence de l'approche structurelle dans le contexte social actuel. *Service social*, 43(3), 23-39. doi: 10.7202/706666ar
- Libman, E. (1989). Sociocultural and cognitive factors in aging and sexual expression: Conceptual and research issues. *Canadian Psychology*, 30(3), 560-567. doi: 10.1037/h0079825
- Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C. A. et Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 357(8), 762-774. doi: 10.1056/NEJMoa067423

- Lundy, C. (2004). *Social work and social justice: a structural approach to practice*. Peterborough, Ontario: Broadview Press.
- Macia, E., Chapuis-Lucciani, N., Cheve, D. et Boetsch, G. (2008). Entrer et résider en maison de retraite : des relations de pouvoir autour du corps. *Revue française des affaires sociales*, 1(1), 191-204.
- Manoukian, A. (2011). *La sexualité des personnes âgées*. Rueil-Malmaison, France: Éditions Lamarre.
- Marchal, J.-L. (2014). Sexualité : ils en ont parlé. *Vie sociale et traitements*, 3(123), 37-42. doi: 10.3917/vst.123.0037
- McAuliffe, L., Bauer, M. et Nay, R. (2007). Barriers to the expression of sexuality in the older person: the role of the health professional. *International Journal of Older People Nursing*, 2(1), 69-75. doi: 10.1111/j.1748-3743.2007.00050.x
- McInnis-Dittrich, K. (2014). *Social work with older adults : a biopsychosocial approach to assessment and intervention*. Boston, MA: Pearson.
- Mémin, C. (2001). Sexualité, affectivité, sensorialité et grand âge. *Gérontologie et Société*, 3(98), 189-196. doi: 10.3917/gs.098.0189
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Orientations ministérielles*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Visites d'appréciation de la qualité des services*. Gouvernement du Québec.
- Moreau, M. (1987). L'approche structurelle en travail social : implications pratiques d'une

approche intégrée conflictuelle. *Service social*, 36(2-3), 227-247. doi: 10.7202/706361ar

Morgan, L. A. Balancing safety and privacy: the case of room locks in assisted living. *Journal of Housing For the Elderly*, 23(3), 185-203. doi: 10.1080/02763890903035530

Parker, S. (2006). What barriers to sexual expression are experienced by older people in 24-hour care facilities? *Reviews in Clinical Gerontology*, 16(4), 275-279. doi: 10.1017/S0959259807002274

Publications du Québec. (1991). Loi sur les services de santé et les services sociaux. Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html

Publications du Québec. (2010). Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C_26/C26R286.HTM

Riendeau, Y. (2006). *La qualité des soins offerts aux personnes âgées en CHSLD : l'opinion des préposé(e)s aux bénéficiaires*. (Mémoire de maîtrise), Université du Québec à Montréal, Québec, Québec.

Roach, S. M. (2004). Sexual behaviour of nursing home residents: Staff perceptions and responses. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4), 371-379. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03206.x

Robinson, J. G. et Molzahn, A. E. (2007). Sexuality and quality of life. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(3), 19-27.

Sheridan, A. (1985). *Discours, sexualité et pouvoir : initiation à Michel Foucault*. Bruxelles, France: P. Mardaga.

Spector, I. P. et Femeth, S. M. (1996). Sexual behaviors and attitudes of geriatric residents in long-term care facilities. *Journal of sex and marital therapy*, 22(4), 235-246. doi: 10.1080/00926239608404402

Turcotte, D. et Deslauriers, J.-P. (2011). *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle*. Québec, Québec: Presses de l'Université Laval.

Walker, B. L. et Ephross, P. H. (1999). Knowledge and attitudes toward sexuality of a group of elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 31(1-2), 85-107. doi: 10.1300/J083v31n01_06

Wiley, D. et Bortz, W. M. (1996). Sexuality and aging - Usual and successful. *Journal of Gerontology: Medical sciences*, 51 A(3), 142-146. doi: 10.1093/gerona/51A.3.M142

ANNEXE A

Formulaire d'information

FORMULAIRE D'INFORMATION

Titre du projet : Une intervention individuelle visant à faciliter la sexualité des personnes âgées en CHSLD

Étudiante responsable du projet :

Laurence Séguin-Brault

Étudiante à la maîtrise en service social

École de service social, Université de Montréal

Préambule : Nous sollicitons votre participation à un projet dans le cadre d'un stage à la maîtrise en service social. Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les informations suivantes.

Ce formulaire peut contenir des mots ou des renseignements que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante responsable du projet ou sa superviseure de stage, puis à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Nature et objectifs du projet : Il est parfois difficile d'assurer l'intimité et peu possible pour les résidents et les résidentes d'exercer leur sexualité, en centre d'hébergement. L'intervention proposée vise l'amorce de changements permettant de faciliter l'expression de la sexualité des personnes âgées en CHSLD tant sur le plan individuel que sur le plan institutionnel (par exemple, favoriser une augmentation du pouvoir sur sa propre sexualité, favoriser le respect des droits sexuels au sein du centre d'hébergement).

Nature de la participation demandée et déroulement du projet : Si vous acceptez de participer, l'étudiante responsable du projet réalisera une intervention axée sur la sexualité lors de rencontres individuelles auprès de vous. Pour ce faire, vous pourriez être invité à parler de la sexualité. Ce qui aura été verbalisé lors de cette intervention pourrait permettre la création d'un dépliant informatif, lequel serait inséré dans la pochette d'accueil remise aux nouveaux résidents du centre d'hébergement.

Avantages : Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet, mais nous ne pouvons pas vous en assurer. Vos expériences et commentaires pourraient aider les professionnels de la santé et des services sociaux à développer des interventions plus efficaces, puis les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

Risques et inconvénients : Certains sujets abordés lors des rencontres peuvent vous paraître intimes et vous rendre mal à l'aise. Tout sera fait et mis en place, selon ce qui est possible, afin de diminuer votre inconfort. Sachez aussi que vous pourrez refuser de répondre à certaines questions et refuser de fournir certains renseignements. Si vous restez inconfortables, vous pourrez en discuter avec Madame Geneviève Leclerc, travailleuse sociale au Centre d'hébergement Laurendeau et superviseuse de stage de l'étudiante responsable du projet, en la contactant par téléphone aux coordonnées inscrites dans ce formulaire.

Confidentialité : Le partage de vos expériences demeurera anonyme et confidentiel dans la mesure où les informations transmises ne permettront pas de vous identifier.

Participation volontaire et possibilités de retrait: Votre participation à ce projet est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez aussi vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison, en faisant connaître votre décision à l'étudiante responsable du projet ou sa superviseuse de stage.

Votre décision de ne pas participer à ce projet ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit au Centre d'hébergement Laurendeau ou sur votre relation avec l'étudiante responsable du projet et sa superviseuse de stage.

Personnes ressources : Si vous avez des questions concernant ce projet ou si vous éprouvez un inconfort ou un problème que vous croyez relié à votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec :

- Madame Geneviève Leclerc, travailleuse sociale au Centre d'hébergement Laurendeau (CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord), au 514-384-2000 poste 2283
- Monsieur Patrick Cloos, professeur adjoint à l'École de service social de l'Université de Montréal, au 514-343-6111 poste 1814

ANNEXE B

Questionnaire d'appréciation

QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION

- Avez-vous apprécié participer à ce projet?

OUI **NON**

- Pensez-vous que cette intervention est pertinente?

OUI **NON**

- Pensez-vous que d'autres résidents ou résidentes bénéficieraient de cette intervention?

OUI **NON**

- Vous sentez-vous plus à l'aise de discuter de votre sexualité avec le personnel?

OUI **NON**

- Connaissez-vous mieux vos droits sexuels au Centre d'hébergement Laurendeau?

OUI **NON**

- Vous sentez-vous plus en mesure de faire valoir vos droits sexuels auprès du personnel?

OUI **NON**

- Vous sentez-vous plus à l'aise d'exprimer votre sexualité?

OUI **NON**

- Est-ce que l'importance accordée à la sexualité a changé suite à cette intervention (ex. plus d'importance ou moins d'importance)?

OUI **NON**

- Est-ce que vos activités sexuelles ont changé suite à cette intervention (ex. mêmes activités sexuelles ou autres activités sexuelles)?

OUI **NON**

- Est-ce que la fréquence de vos activités sexuelles a changé suite à cette intervention (ex. plus d'activités sexuelles ou moins d'activités sexuelles)?

OUI **NON**

- Que pensez-vous de cette intervention?

- Que retenez-vous de cette intervention?

- Que feriez-vous autrement, si cette intervention était à refaire?

Merci beaucoup de votre participation à ce projet de stage!

ANNEXE C
Dépliant informatif



Qu'est-ce que la sexualité?

La sexualité est un **besoin fondamental**. La sexualité comprend une variété d'activités : **les becs** et les baisers, les regards et les touchers, **les câlins** et les accolades, **les caresses** et les massages, les pensées et les fantasmes, **la masturbation**, la proximité et les rapprochements physiques, **les relations sexuelles**, et autres.



Mais encore...

La sexualité est une partie intégrante de la vie humaine, peu importe l'âge et l'état physique ou cognitif. La sexualité peut contribuer à la **qualité de vie**, même en centre d'hébergement. La sexualité peut procurer un **sentiment de bien-être** physique et psychologique, puis elle peut engendrer des **effets positifs** pour la santé physique et mentale.



Exprimer sa sexualité en centre d'hébergement



Centre de santé et de services sociaux
d'Ahuntsic et Montréal-Nord





Intégrer sa sexualité dans un milieu de vie

Plusieurs personnes âgées sont actives sexuellement, notamment en centre d'hébergement. Certaines vont maintenir leur intérêt sexuel et préserver leur capacité à avoir des activités sexuelles. D'autres vont ajuster ou adapter leurs pratiques sexuelles. L'expression de la sexualité peut représenter un défi de taille pour les résidents voulant avoir des activités sexuelles en centre d'hébergement compte tenu du processus de vieillissement ainsi que des obstacles institutionnels et des contraintes

organisationnelles. Le centre d'hébergement Laurendeau est un milieu de vie dans lequel vous allez peut être demeurer jusqu'à la fin de votre vie, ce pourquoi il est important de prendre en compte votre sexualité et vous permettre de l'exprimer de manière optimale.

Si vous avez des **questions** ou des **préoccupations** liées à la sexualité, vous pouvez communiquer en toute confidentialité avec **Mme Geneviève Leclerc, travailleuse sociale** au Centre d'hébergement Laurendeau (514-384-2000, poste 2283).

Quels sont mes droits sexuels?

En tant que résident(e) au Centre d'hébergement Laurendeau :

- j'ai le droit de **continuer à vivre ma sexualité** en toute dignité

- j'ai le droit à un **regard neutre**, puis un **état d'esprit ouvert, réceptif et compréhensif** de la part du

personnel

- j'ai le droit au **respect de mon intimité**

- j'ai le droit de demander à **ne pas être dérangé(e)**

- j'ai le droit au **respect de ma vie privée**

Dépliant réalisé par
Laurence Séguin-Brault
(mars 2015)