

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Identification des éléments d'aide à la prise de décision des intervenants dans les
situations d'intimité sexuelle chez les aînés vivant en milieu d'hébergement

Identification of the decision-making elements for social workers regarding sexual
intimacy in long-term care facilities

par

ALEXANDRA LEBREUX-MARIN

Maîtrise en service social

Faculté des lettres et sciences humaines

Mémoire présenté en vue de l'obtention de
maîtrise en service social (M.S.S)

Sherbrooke

Juillet 2022

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Identification des éléments d'aide à la prise de décision des intervenants dans les situations d'intimité sexuelle chez les aînés vivant en milieu d'hébergement

Identification of the decision-making elements for social workers regarding sexual intimacy in long-term care facilities

Par

ALEXANDRA LEBREUX-MARIN

Ce mémoire a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Nathalie Delli-Colli

Yves Couturier

Annie Lambert

Sherbrooke

Juillet 2022

Maîtrise en service social

Faculté des Lettres et sciences humaines

REMERCIEMENTS

J'aimerais offrir mes sincères remerciements à Nathalie Delli-Colli, professeur de l'École de travail social et directrice de mon projet de recherche qui m'a guidée tout au long de ce mémoire.

J'aimerais remercier Louise Belzile, chargée de cours au microprogramme de 2^e cycle en gérontologie, qui m'a guidée et encadrée lors de la codification et de la rédaction de mes résultats.

Un grand merci aux participants de l'étude qui m'ont accordé de leur temps. Sans eux, ce mémoire n'aurait jamais vu le jour.

J'aimerais remercier mes gestionnaires Marie-Claude Labranche et Stéphanie Boisvert qui m'ont permis d'adapter mon horaire de travail pour me permettre de faire ce mémoire.

Enfin, un chaleureux merci à mon conjoint Pascal Lemelin, ma famille, ma partenaire de maîtrise Sabrina Chay et mes collègues de travail du soutien à domicile du Val-Saint-François pour leur présence, leur soutien et leurs encouragements.

RESUMÉ

Les pratiques sexuelles ainsi que le milieu de vie sont tous deux des déterminants sociaux de la santé (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2012). Ces deux déterminants sont des éléments qui peuvent influencer l'état de santé d'une personne (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2012). La population au Québec est vieillissante et l'espérance de vie tend à augmenter. « Si l'on veut que le vieillissement soit quelque chose de positif, il faut aussi que la vie plus longue s'accompagne de possibilités d'être en bonne santé, de participer et d'être en sécurité » (Organisation mondiale de la santé dans Cardinal et al., 2008 : 5). Plusieurs cadres conceptuels sont développés dans le but de développer des approches et interventions permettant d'améliorer la santé des aînés (Cardinal et al., 2008).

Dans la littérature, plusieurs études abordent le sujet de la sexualité des aînés. Il y a également plusieurs publications concernant l'approche et les orientations ministérielles en ce qui a trait au milieu d'hébergement pour aînés. Toutefois, peu d'études ont été faites concernant la sexualité des aînés dans un milieu d'hébergement au Québec, sous l'angle des pratiques et de la prise de décision des différents intervenants agissant dans le milieu.

La présente étude a permis d'explorer et de décrire les différents éléments d'aide à la prise de décision des intervenants lors des situations d'intimité sexuelle chez les aînés vivant en milieu d'hébergement ainsi que les interventions qui sont mises en place selon différents contextes exposés par les vignettes cliniques. Il a pu être constaté que les intervenants sont ouverts à permettre les relations d'intimité sexuelle entre deux aînés en milieu d'hébergement, mais peuvent être hésitants selon l'état civil, le diagnostic de l'aîné et l'environnement physique en milieu d'hébergement. Les résultats ont également

indiqué que les intervenants demeuraient prudents quant à la validité du consentement lorsqu'il s'agit de deux aînés qui ne sont pas mariés, notamment en présence d'un trouble neurocognitif (TNC). Ils sont alors portés à impliquer la famille dans la prise de décision. Toutefois, il a été constaté que, souvent, la notion de consentement était plutôt ignorée lorsque les deux aînés étaient mariés malgré la présence d'un TNC. De plus, les intervenants n'ayant jamais vécu de situations similaires présentaient un malaise à mettre des interventions en place. Ces résultats indiquent qu'il serait nécessaire de mieux former les intervenants en matière de consentement lorsque l'aîné présente un TNC.

Mots clés :

Sexualité/ intimité/ hébergement/ CHSLD/ aînés/ personnes âgées/ établissement/
vignettes cliniques

TABLE DES MATIÈRES

RESUMÉ	IV
LISTE DES ABRÉVIATIONS	VIII
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE ET RECENSION DES ÉCRITS	3
1.1 PROBLEMATIQUE	3
1.2 RECENSION DES ECRITS	9
1.2.1 LA SEXUALITE DES AINES	9
1.2.2 LA SEXUALITE DES AINES PERÇUE PAR LA FAMILLE ET LES PROCHES	16
1.2.3 MILIEU DE VIE DE LA PERSONNE	26
1.2.4 LA SEXUALITE DES AINES PERÇUE PAR LA SOCIETE	36
1.2.5 POLITIQUES SOCIALES ET MINISTERIELLES	37
1.3 CADRE CONCEPTUEL	43
1.4 QUESTION DE RECHERCHE	48
1.5 OBJECTIFS	49
CHAPITRE II : METHODOLOGIE	49
2.1 RECHERCHE EXPLORATOIRE QUALITATIVE	49
2.2 COLLECTE DE DONNEES	50
2.3 MODALITE DE TRAITEMENT ET D'ANALYSE DES DONNEES	57
2.4 CONSIDERATIONS ETHIQUES	58
CHAPITRE III : RESULTATS	59
3.2 LE DEROULEMENT	59
3.1 L'ECHANTILLON	59
3.3 LES DONNEES EMPIRIQUES	60
3.3.1 VIGNETTE 1	60
3.3.2 VIGNETTE 2	70
3.3.3 VIGNETTE 3	78
3.3.4 VIGNETTE 4	88
3.3.5 SITUATIONS VECUES PAR LES PARTICIPANTS	97
3.3.6 COMPARATIF ENTRE VIGNETTES	99
CHAPITRE IV : DISCUSSION	100
4.1 ANALYSE DES RESULTATS	101
4.2 PISTES FUTURES DE RECHERCHE	107
4.3 RECOMMANDATIONS	108
4.4 LIMITES DE L'ETUDE	110
4.5 FORCES DE L'ETUDE	111

CONCLUSION	111
<hr/>	
BIBLIOGRAPHIE	115
<hr/>	
ANNEXES	125
<hr/>	
ANNEXE I : CANEVAS D'ENTREVUE	125
ANNEXE II : ÉLÉMENTS DU CADRE CONCEPTUEL INTEGRES DANS LA VIGNETTE #1	131
ANNEXE III : ÉLÉMENTS DU CADRE CONCEPTUEL INTEGRES DANS LA VIGNETTE #2	132
ANNEXE IV : ÉLÉMENTS DU CADRE CONCEPTUEL INTEGRES DANS LA VIGNETTE #3	133
ANNEXE V : ÉLÉMENTS DU CADRE CONCEPTUEL INTEGRES DANS LA VIGNETTE #4	134
ANNEXE VI : QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE	135
ANNEXE VII : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	137
ANNEXE VIII : CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DES INTERVENANTS	142
ANNEXE IX : DIMENSIONS AYANT UN IMPACT SUR LA PRISE DE DECISION DE LA VIGNETTE 1	143
ANNEXE X : DIMENSIONS AYANT UN IMPACT SUR LA PRISE DE DECISION DE LA VIGNETTE 2	144
ANNEXE XI : DIMENSIONS AYANT UN IMPACT SUR LA PRISE DE DECISION DE LA VIGNETTE 3	145
ANNEXE XII : DIMENSIONS AYANT UN IMPACT SUR LA PRISE DE DECISION DE LA VIGNETTE 4	146
ANNEXE XIII : DIMENSIONS AYANT UN IMPACT SUR LA PRISE DE DECISION TOUTES VIGNETTES CONFONDUES	147
ANNEXE XIV : DIMENSIONS AYANT EU LE PLUS D'INFLUENCE DANS LA PRISE DE DECISION SELON LES PARTICIPANTS	148
ANNEXE XV : DETERMINANTS ABORDES SELON LES VIGNETTES CLINIQUES	149

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CHSLD	Centre d'hébergement de soins et de longue durée
RI	Ressource intermédiaire
RTF	Ressource de type familiale
TNC	Trouble neurocognitif
CLSC	Centre local des services communautaires
CISSS	Centre intégré de la santé et des services sociaux
CTMSP	Classification par type en milieu de soins et services prolongés
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
OCCI	Outil de cheminement clinique informatisé
EÉSAD	Entreprise d'économie sociale
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux

INTRODUCTION

L'espérance de vie au Québec tend à augmenter au fil des années passant de 79,1 en 2000 à 82,2 en 2015 (Institut de la statistique du Québec, 2016). Le fait que les aînés vivent de plus en plus longtemps contribue au vieillissement de la population. En fait, le nombre d'aînés au Québec ne fait qu'augmenter passant de 961 646 individus en 2001 à 1 503 921 en 2016, ce qui représente 18,1 % de la population (Famille Québec, 2017). En 2010, 3,6 % des aînés de 65 ans et plus habitaient en hébergement public (ressources intermédiaires, ressource de type familiale et centre d'hébergement et de soins et de longue durée). Le chiffre hausse à 12,6 % chez les aînés de 85 ans et plus (Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique du ministère de la Famille et des Aînés, 2012). Entre 2011 et 2019, il y a eu une diminution du nombre de places par tranche de 1000 aînés de 75 ans et plus. En effet, l'augmentation des aînés âgés de 75 ans et plus est de 24 % tandis que le nombre de lits dans les hébergements publics a augmenté de seulement 6 % pendant cette période. En 2019, le nombre de lits dans les centres d'hébergement de soins et de longue durée (CHSLD) s'élevait à 37 793 au Québec. Toutes les années, au Québec, plus de 21 000 demandes en hébergement public sont acceptées (Protecteur du citoyen, 2021).

Au Québec, plusieurs politiques et orientations ministérielles s'adressent aux CHSLD. Par exemple, la Politique de la santé et du bien-être, l'approche milieu de vie, le plan d'action de lutte contre la maltraitance, etc. Le personnel travaillant en CHSLD doit se baser sur ces politiques pour appuyer leurs interventions en plus des politiques mises en place par le milieu d'hébergement (Makimoto, 2015). Il doit également conjuguer le tout avec ses valeurs personnelles et professionnelles. En fait, la prise de

décision lors de la mise en place d'une intervention peut inclure plusieurs éléments, dont nos connaissances, nos valeurs, les pressions extérieures, le soutien reçu, etc. (Institut de recherche de l'hôpital d'Ottawa, 2015) Qu'en est-il des éléments pris en compte lors de situation d'intimité sexuelle chez les aînés vivant en milieu d'hébergement? En effet, il peut être difficile pour les aînés d'avoir des relations d'intimité sexuelle en milieu d'hébergement (Dupras et Soucis, 2008). C'est pourquoi il est important de se questionner si l'environnement physique et organisationnel des établissements d'hébergement public permet véritablement aux aînés d'avoir une certaine intimité avec leurs proches, notamment avec leur partenaire. D'autres questions sont également à se poser : Comment les normes organisationnelles impactent-elles sur les rapports intimes des aînés? Quelles sont les différentes méthodes d'intervention utilisées par le personnel lors d'une situation d'intimité sexuelle?

Cette présente étude explore les différents éléments pris en compte lors de la prise de décision des intervenants lorsqu'ils doivent intervenir dans les situations d'intimité sexuelle chez les aînés vivant en milieu d'hébergement. Elle identifiera également les interventions pouvant être mises en place par le personnel dans ces situations. Ce mémoire comprend quatre chapitres. Le premier chapitre exposera la problématique et la recension des écrits au sujet de la sexualité des aînés en milieu d'hébergement. Le deuxième chapitre décrira la méthodologie utilisée lors de l'étude. Le troisième chapitre exposera les résultats obtenus. Finalement, le dernier chapitre inclura la discussion des résultats, les recommandations, les limites et les forces de l'étude.

CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE ET RECENSION DES ÉCRITS

1.1 Problématique

Tout d'abord, il est important de savoir que le désir des aînés est de pouvoir demeurer le plus longtemps possible à domicile (Ministère de la Famille et des Aînés, 2008), ce qui peut être facilité par un vieillissement en santé. Cependant, pour un certain nombre d'aînés, le recours à l'hébergement est une étape incontournable lorsque le maintien à domicile n'est plus possible.

Les CHSLD accueillent les aînés qui présentent une perte d'autonomie importante et ne pouvant plus demeurer à domicile malgré le soutien d'un ou des aidants et les services de plusieurs dispensateurs, dont le Centre local des services communautaires (CLSC), les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉ SAD), les organismes communautaires et les entreprises privées. Le CHSLD est, normalement, le dernier milieu de vie de la personne. Il offre donc une grande variété de services, dont un suivi par différents professionnels (ex : médecine, soins infirmiers, service social, ergothérapie, physiothérapie) pour répondre à plusieurs besoins, dont la gestion de la médication, l'aide partielle ou totale aux activités de la vie quotidienne¹, l'aide aux activités de la vie domestique² et aide à la mobilité qui demande une surveillance 24 heures/24 (L'APPUI, s.d. : Gouvernement du Québec, 2019a). Une ressource intermédiaire (RI), quant à elle, est un établissement privé ayant un contrat avec un établissement public. Les services professionnels offerts dans une RI, dont les

¹ Les activités de la vie quotidienne incluent se nourrir, se laver, s'habiller, l'entretien de sa personne, incontinences urinaires et fécales et l'utilisation de la toilette (Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, 2015).

² Les activités de la vie domestique incluent notamment l'entretien ménager, la lessive, les appels téléphoniques, gestion de la médication, la préparation de repas, l'utilisation d'un moyen de transport (Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, 2015).

services d'ergothérapie, physiothérapie, infirmiers et en service social proviennent du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la région³. Toutefois, le côté administratif de la ressource ainsi que les soins d'assistance offerts par les préposés aux bénéficiaires relèvent du privé. Par contre, le coût de l'hébergement est établi par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). La personne demeurant en RI doit assumer les coûts de sa médication contrairement au CHSLD qui l'inclus dans le coût de l'hébergement. La RI offre des services de repas, d'aide partielle aux activités de la vie quotidienne, de l'aide aux activités de la vie domestique, la gestion de la médication et une surveillance. Dans les cas où la personne a une perte d'autonomie physique plutôt que cognitive, la RI offre une aide à la mobilité tandis qu'une personne ayant une perte d'autonomie reliée à ses troubles neurocognitifs (TNC) doit pouvoir se mobiliser seule et sans fauteuil roulant (L'APPUI, s.d.; Gouvernement du Québec, 2019a; Protégez-vous, 2016). Pour ce qui est d'une ressource de type familiale (RTF), il s'agit d'une petite résidence privée. La personne propriétaire accueille chez elle un maximum de neuf personnes qui ont été référées par le CISSS de la région. Les services qui sont offerts sont les repas, la gestion de la médication et de l'aide partielle pour les activités de la vie quotidienne (L'APPUI, s.d. : Gouvernement du Québec, 2019a).

Ainsi, les aînés ont recours à ces milieux lorsqu'ils sont en perte d'autonomie et qu'un maintien à domicile n'est plus possible malgré la mise en place de services et l'aide d'un proche aidant. La perte d'autonomie doit être évaluée par un médecin à l'aide du formulaire d'évaluation médicale : la classification par type en milieu de soins et services prolongés (CTMSP). La perte d'autonomie doit également être évaluée par un

³ Au Québec, il y a également des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSE). Toutefois, pour éviter d'alourdir le texte, le terme CISSS sera utilisé.

travailleur social, une infirmière ou un ergothérapeute du CISSS de la région de l'ainé (Gouvernement du Québec, 2019a). L'évaluation est réalisée à partir de l'Outil de cheminement clinique informatisé (OCCI) qui contient une section standardisée. Cette évaluation, lorsque finalisée, donne un profil d'autonomie qui se situe entre un à quatorze. Plus l'ainé a un profil d'autonomie élevé, plus sa perte d'autonomie est importante (Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, 2015). Ce profil est utilisé pour déterminer l'admissibilité de la personne à un type d'hébergement. Par exemple, pour être admise en CHSLD, la personne doit avoir un profil d'autonomie qui varie de dix à quatorze. Il peut toutefois y avoir des situations d'exception (Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, 2015).

Par ailleurs, l'intervention auprès des aînés dans le réseau de la santé et des services sociaux se fait à l'aide de l'OCCI. Cet outil permet d'évaluer les besoins multidimensionnels de l'ainé, dont l'autonomie fonctionnelle à l'aide du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). Il permet d'identifier des difficultés ou des problèmes sur lesquels l'ainé désire travailler ou sur lesquels l'intervenant croit nécessaire qu'une action soit mise de l'avant. L'OCCI permet d'identifier des problèmes qui seront traduits en objectifs dans le plan d'intervention. Toutefois, il a été constaté que la section de l'OCCI concernant la vie intime, affective et sexuelle, est peu remplie par les intervenants, négligée et personne n'inciterait les intervenants à la remplir (Dubuc et al., 2013; Drummond et Brotman, 2013 dans Gouvernement du Québec). Cette section est surtout utilisée pour exposer les comportements sexuels inappropriés (Dubuc et al., 2013). « Cela contribue à la perception que la sexualité et l'intimité ne concernent pas les personnes âgées » (Gouvernement du Québec, 2021 : 23).

Outre la perte d'autonomie importante, d'autres éléments peuvent contribuer au changement de milieu de vie de l'aîné vers un hébergement, dont :

La détérioration de l'état de santé du proche, la difficulté à gérer cette situation, la lourdeur du fardeau et l'épuisement des membres de la famille, [...] manque de soutien de la part des autres membres de la famille, de la dégradation des relations familiales ainsi que de l'absence de services à domicile répondant à leurs attentes (Lavoie, Lapierre et Benoit, 2008 : 81).

Lorsque l'aîné doit changer de milieu de vie pour aller en milieu d'hébergement, il vit ce que l'on appelle une perte de l'univers familial, de l'intimité ainsi que l'augmentation de l'inquiétude pour le partenaire resté à la maison. Tandis que, le partenaire qui avait le rôle d'aidant voit une augmentation du sentiment de culpabilité et une perte de motivation pour certaines de ses activités quotidiennes (Gouvernement du Québec, 2021). Différents auteurs, dont Nguyen, Ostrowski, Mietkiewicz, Miceli et Huguenin expliquent que lorsque l'aîné ne reconnaît plus son partenaire ou est indifférent à lui, le couple vit de l'éloignement, de la solitude et de la tristesse (Gouvernement du Québec, 2021).

Lors de leur arrivée en milieu d'hébergement, les aînés peuvent rencontrer certaines difficultés à vivre leur sexualité⁴ (Mahieu et Gastmans, 2015). En fait, il est plus difficile pour les aînés de vivre des relations d'intimité sexuelle en milieu d'hébergement, car ils sont plus susceptibles de vivre de l'âgisme et d'être brimés dans leur intimité (Wilkins, 2015). Bien que les croyances générales de la société soutiennent que les aînés sont asexués, ceux-ci ont encore des besoins d'intimité sexuelle⁵

⁴ «Sexuality involves the whole experience of the person's self, including the ability to form relationships with others, feelings about oneself, and the impact of physiological age-related changes on sexual functioning. Sexuality is closely linked with intimacy» (Kamel, 2001 dans Doll, 2013 : 31).

⁵ «Sexual intimacy is the interpersonal relationship between people who may or may not be engaging in sexual activity, placing an emphasis on the emotional experience and feelings of closeness» (Hillman, 2000 dans Doll, 2013 : 31).

(Gouvernement du Québec, 2021; Mahieu et Gastmans, 2015; Lichtenberg, 2014; Conseil des aînés, 2010). En fait, 64 % des hommes et 37 % des femmes âgées de 70 à 79 ans expriment être toujours intéressés par la sexualité (Dupras, 2016). Plusieurs aînés rapportent avoir encore des rapports sexuels avec leur partenaire que cela soit à l'âge de 70, 80 ou 90 ans (Dupras, 2016; Lamy et coll., 2013). D'ailleurs, selon une étude réalisée aux États-Unis, environ 50 % des personnes âgées de 65 à 74 ans et 26 % des personnes âgées de plus de 75 ans rapportent avoir des activités sexuelles (Lindau et al., 2007 dans Séguin-Brault, 2015; Lichtenberg, 2014). La *Politique de la santé et du bien-être* du gouvernement du Québec, publiée en 2013, aborde la question de l'intimité des personnes âgées en hébergement. Cette politique mentionne que « Toute personne hébergée a droit à un milieu de vie qui respecte son identité, sa dignité et son intimité, qui assure sa sécurité et son confort, qui lui permet de donner un sens à sa vie et d'exercer sa capacité d'autodétermination » (Assemblée nationale du Québec, 2013).

La sexualité des aînés a fait l'objet de deux documentaires au Québec dans les dernières années. En 2017 le documentaire de Fernand Dansereau, *L'érotisme et le vieil âge*, a été diffusé dans les salles de cinéma au Québec. Ce documentaire démontre les différentes formes que prend la sexualité chez les aînés selon leur condition physique et leur milieu de vie (Nuovo, 2017). Télé-Québec a également diffusé le documentaire *Des nuances de sexe et de gris* en 2017. Ce documentaire partage différents témoignages d'aînés concernant leur sexualité d'avant et d'aujourd'hui (Montpetit, 2017). Une conférence a également été offerte en 2018 à Québec sur le thème *Pour les aînés, une sexualité en santé et enchantée*. Celle-ci était offerte par André Dupras, professeur retraité du département de sexologie de l'UQAM et par Hélène Dionne, sexologue et psychothérapeute (CIUSSS de la Capitale-Nationale, 2017). De plus, un article écrit par

Maïa Mazaurette (2017) dans le journal *Le Monde* discute de la tolérance et de la bienveillance de la population vis-à-vis la sexualité des aînés. Ces auteurs et réalisateurs avaient pour objectif d'informer la population sur le sujet de la sexualité des aînés. En 2019, un projet a été lancé par Marion Bertrand-Huot en collaboration avec l'organisme les 3 sex*⁶. Ce projet, qui s'intitule « on existe. Ça existe » avait pour but de présenter une vingtaine de capsules vidéo montrant des personnes âgées de 50 ans et plus expliquant leurs peurs et leurs expériences (Boutros, 2019). En avril 2021, il y a également eu une conférence offerte par le centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS) du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal s'intitulant « La sexualité des aînés : quelle gestion par les professionnels? » (CREGÉS, 2021). En somme, la sexualité dans le vieillissement est une réalité importante pour les aînés. L'expression de cette sexualité se complexifie une fois que la personne est hébergée puisqu'elle ne contrôle pas tous les aspects de son environnement et de son état de santé globale. Malgré que ce sujet ait fait l'objet d'œuvres artistiques et de reportages journalistiques dans les dernières années, il n'en demeure pas moins que le sujet est encore tabou et que certains préjugés et perceptions erronées circulent. La prochaine partie apportera un éclairage sur les multiples facettes de la sexualité des aînés en fonction de la littérature dans le domaine.

⁶ L'organisme les 3 sex* est « un organisme de bienfaisance qui lutte pour les droits sexuels et la santé sexuelle en mobilisant la population autour des enjeux sexologiques » (Les 3 sex*, n.d).

1.2 Recension des écrits

1.2.1 La sexualité des aînés

Tout d'abord, il est important de savoir que les aînés⁷ continuent d'avoir des désirs sexuels (Wilkins, 2015; Colson, 2007; Walker et Harrington, 2002). Selon l'étude de Laumann en 2004, 88 % des hommes et 71 % des femmes âgées de 80 ans et plus exprimaient avoir encore des fantasmes sexuels ainsi que des désirs sexuels (Colson, 2007). Malgré les désirs et l'envie toujours présente chez les aînés d'avoir des rapports sexuels, ceux-ci doivent faire face à différents obstacles sur le plan physiologique, psychologique et social liés au vieillissement. Avec l'âge surviennent différents enjeux pouvant contribuer à l'arrêt ou à la diminution des relations sexuelles chez les aînés (Wilkins, 2015 ; Mahieu et Gastmans, 2015; Frankowski et Clark, 2009 ; Colson, 2007). Sur le plan physiologique, les aînés vivent des changements physiques et hormonaux qui peuvent engendrer, chez l'homme, des troubles érectiles (Wilkins, 2015). Des études ont démontré que 34 % des hommes âgés de 60 à 69 ans souffrent de troubles de l'érection et le chiffre passe à 53 % chez ceux âgés de 70 à 79 ans (Colson, 2007). Une étude américaine auprès de 3005 personnes âgées entre 57 et 85 ans a révélé que 43 % des femmes interrogées avaient des difficultés de lubrification vaginale (Lichtenberg, 2014). Les maladies, handicaps physiques, les douleurs chroniques et la médication peuvent également influencer l'expression de la sexualité (Séguin-Brault, 2015; Makimoto, 2015; Frankowski et Clark, 2009). Les maladies telles que l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, l'arthrite et le diabète sont celles ayant un plus grand impact sur les relations sexuelles (Frankowski et Clark, 2009). Pour ce qui est de la médication,

⁷ Selon l'Organisation mondiale de la santé (2016), le terme *aîné* s'applique pour une personne lorsqu'elle atteint l'âge de 60 ans.

celle utilisée pour traiter les maladies chroniques, notamment, peut entraîner une diminution de l'intérêt ainsi que des sensations et avoir d'autres effets préjudiciables sur la relation sexuelle (Frankowski et Clark, 2009).

En ce qui a trait aux aspects psychologiques, les TNC, les troubles de santé mentale ainsi qu'une mauvaise perception de l'image de soi ont également des répercussions sur la vie sexuelle des aînés (Séguin-Brault, 2015; Frankowski et Clark, 2009).

Pour ce qui est des TNC, au Québec, plus de 100 000 personnes âgées de 65 ans et plus étaient atteintes de la maladie en 2008. L'Organisation mondiale de la santé estimerait que ce chiffre passerait à près de 180 000 en 2030 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022). Le pourcentage de personnes âgées de 80 ans et plus demeurant en CHSLD et ayant un TNC est de 42 % au Canada (ICI, 2018 dans Bernard, 2020). En Estrie, 85 % des personnes hébergées (RI, RNI, CHSLD) ont un TNC (CIUSSSE-CHUS, 2018). Il existe plusieurs types de TNC, mais les plus fréquents sont la maladie d'Alzheimer, à corps de Lewy, vasculaire et fronto-temporal (Rey, 2015). Les TNC affectent la mémoire de la personne et peuvent aussi entraîner un « trouble de l'orientation, l'apraxie, l'agnosie, l'aphasie, le trouble des fonctions exécutives et le trouble du raisonnement ou du jugement » (CIUSSS de la Capitale-Nationale, 2022 : P.9). Une personne atteinte d'un TNC peut présenter des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SCPD). Ces symptômes sont des idées délirantes, des hallucinations, des illusions, de l'apathie, de l'anxiété, de l'errance, de l'agitation, de l'agressivité, une dépression, de la résistance aux soins, des comportements sexuels inappropriés, des réactions de catastrophe et un syndrome crépusculaire (CIUSSS de la Capitale-Nationale, 2022). Les TNC peuvent donc influencer de différentes façons

l'expression de la sexualité chez l'aîné. Le TNC peut dans certains cas entraîner des comportements sexuels inappropriés, augmenter les désirs sexuels ou causer une agression sexuelle (Lichtenberg, 2014; Alagiakrishnan et al 2005 et Kamel et Hajjar, 2004 dans Frankowski et Clark, 2009). Les aînés présentant un TNC peuvent également avoir des comportements sexuels que l'on dit désinhibés. Il s'agit en fait d'une hyperactivité sexuelle (Lichtenberg, 2014; Dupras et Soucis, 2008). La perte d'inhibitions peut faire en sorte que l'aîné ne se préoccupe plus de la perception des autres concernant sa sexualité. Il peut aussi en résulter des troubles de comportement sexuel. « La prévalence de ces comportements inappropriés est retrouvée selon les études entre 2 et 17 % chez les personnes atteintes de démence » (Lefebvre et Gauillard, 2015 : 744). Les comportements sexuels inappropriés sont constatés surtout chez les personnes ayant un TNC avec une dégénérescence lobaire fronto-temporale. Cette forme de dégénérescence est « en lien avec un mauvais contrôle pulsionnel et la désinhibition » (Lefebvre et Gauillard, 2015 : 744). Wilkins (2015) fait la distinction entre les comportements sexuels que l'on dit appropriés et ceux que l'on dit inappropriés. Il explique que les comportements sexuels inappropriés sont dangereux, perturbateurs et peuvent nuire aux soins de l'aîné tandis qu'un comportement approprié implique un contact sexuel consenti (Wilkins, 2015). Par ailleurs, il est possible que ces personnes aient plutôt une perte d'intérêt pour la sexualité en raison de l'apathie et d'une perte de motivation pouvant être engendrée par le TNC (Lefebvre et Gauillard, 2015; Lichtenberg, 2014). Toutefois, il est important de spécifier que plusieurs aînés atteints de TNC, mais sans comportements inappropriés, conservent encore un intérêt à avoir des relations d'intimité sexuelle et ont un besoin d'affection (Voyer, 2019 dans Gouvernement du Québec, 2021; Tabak et Shemesh-Kigli, 2006; Loue, 2005; Kamel et

Hajjar, 2004 dans Frankowski et Clark, 2009). Par ailleurs, avec l'apparition d'un TNC, la relation conjugale se transforme en relation aidant-aidé (Gouvernement du Québec, 2021). Ce type de relation crée une interdépendance et une relation que l'on dit davantage fusionnelle (Ostrowski et Mietkiewicz, 2013 dans Gouvernement du Québec, 2021). Souvent, l'aidant doit faire le deuil de conversations significatives et d'une vie sociale et de loisir active, ce qui transforme son identité et son mode vie (Ostrowski et Mietkiewicz, 2013 dans Gouvernement du Québec, 2021).

Finalement, dans les aspects sociaux pouvant contribuer à une diminution de l'expression de la sexualité, il y a notamment les attitudes négatives vis-à-vis la sexualité des aînés de la part des proches de la personne et du personnel du milieu de vie. Le manque d'intimité et de vie privée est également un élément à considérer (Séguin-Braut, 2015). D'autres éléments peuvent également influencer, dont la disponibilité et la fréquence des contacts avec le partenaire, la perception des différentes générations sur le caractère « approprié » de l'activité sexuelle à un âge avancé (Frankowski et Clark, 2009).

En raison des éléments physiologiques qui rendent plus difficile l'expression de leur sexualité, les aînés vivent leur vie sexuelle différemment des jeunes adultes. Avec le vieillissement, la sexualité tend à être davantage axée sur la dimension relationnelle que la dimension physique, c'est-à-dire plus axée sur la sensualité pour délaisser la dimension sexuelle (Colson, 2007). En d'autres termes, les relations sexuelles avec pénétration ne sont pas régulières et ne sont pas pratiquées par tous les couples. Les rapports sexuels privilégiés par les aînés se rapportent davantage aux gestes de tendresse

plutôt qu'au plaisir phallique⁸ (Dupras et Soucis, 2008). D'ailleurs, la sexualité n'est pas un concept qui se limite aux activités sexuelles incluant les organes génitaux (Mahieu et Gastmans, 2015; Séguin-Brault, 2015; Bentrout et Margrett, 2011). Elle comprend également les baisers, la proximité, les compliments, les rêveries, la lecture de revues érotiques, le visionnement de vidéos érotiques, les touchers, les regards, les câlins, les caresses, les massages, la masturbation, les relations sexuelles orales et les relations sexuelles complètes (Gouvernement du Québec, 2021; Wilkins, 2015; Mahieu et Gastmans, 2015; Séguin-Brault, 2015; Nay, 2004 dans Bauer et al., 2013). Une étude menée aux États-Unis par Ginsberg, Pomerantz et Kramer-Feeley, en 2005, a démontré que des résidents en centre d'hébergement ont déjà eu des rapports sexuels de différents ordres : 61,7 % des résidents interrogés ont exprimé avoir donné des câlins et 57 % ont dit avoir embrassé. Dans cette même étude, 2,8 % des résidents ont avoué s'être masturbés et 4,8 % ont rapporté avoir eu des relations sexuelles complètes. Ces manifestations sexuelles ont eu lieu sur une période allant d'une fois par jour à une fois par mois (Séguin-Brault, 2015). Le recours aux travailleurs et travailleuses du sexe en CHSLD au Québec (dans le sens d'assistance sexuelle pour des personnes en situation d'handicap) ne fait pas l'objet d'une norme établie à cet effet (Gouvernement du Québec, 2021; Nay, 2004 dans Bauer et al., 2013). Cette pratique est d'ailleurs permise en Suisse, mais interdite en France (Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 2012 dans Gouvernement du Québec, 2021).

Malgré les difficultés sur le plan psychologique et physiologique, les aînés continuent et réussissent à avoir des relations sexuelles. Dans une étude menée par

⁸ Le plaisir phallique est le plaisir relié aux relations sexuelles qui incluent les caresses génitales, dont la fellation, le coït et la pénétration (Dupras et Soucis, 2008 :195).

Bortz, Wallace et Wiley, en 1999, chez les aînés de 94 ans et plus, 17 % des personnes contactées ont affirmé avoir des relations sexuelles et ce, plus d'une fois par semaine. De plus, 35 % ont rapporté se masturber régulièrement (Colson, 2007). Aux États-Unis, les directeurs des services sociaux ainsi que les administrateurs des centres d'hébergement expliquent que 80 % des résidents ont des activités sexuelles qui se manifestent par des caresses, de la masturbation ou des relations sexuelles complètes et 70 % des résidents ont des activités sexuelles dites implicites, c'est-à-dire qui se réfèrent notamment à la lecture de revues pornographiques (Cox, 2011 dans Séguin-Brault, 2015).

Par ailleurs, il ne faut pas oublier que la sexualité est une sphère importante dans la vie des aînés y compris celles qui habitent en milieu d'hébergement (Makiomto et al., 2015). En effet, une étude menée par Laumann, en 2006, a démontré un lien entre le bonheur des aînés et le bien-être sexuel subjectif⁹ (Boucher, 2014). Il faut savoir qu'une bonne qualité de vie sexuelle¹⁰ influence considérablement le bien-être d'une personne et ce, qu'elle soit âgée ou non (Séguin-Brault, 2015; Bauer et al., 2013, Bentrrott et Margrett, 2011). La sexualité apporte plusieurs effets positifs chez une personne. Elle permet à l'aîné de maintenir, de façon satisfaisante, une vie affective et relationnelle. Elle entraîne l'amélioration de l'estime de soi et le sentiment de satisfaction sur le plan personnel et relationnel. Elle favorise le sentiment de bien-être chez la personne tant au niveau physique que psychologique (Nguyen, 2016 dans Gouvernement du Québec, 2021; Wilkins, 2015; Séguin-Brault, 2015; Bauer et al., 2013, Bentrrott et Margrett,

⁹ Le bien-être sexuel subjectif se définit « par la satisfaction émotionnelle et physique avec un partenaire sexuel, la satisfaction avec la santé et la fonction sexuelle, et l'importance de la sexualité comme faisant partie de la vie » (Boucher, 2014 :46).

¹⁰ La qualité de vie sexuelle est « la perception d'une personne de vivre un état de bien-être sexuel qui s'exprime par l'adoption d'un style de vie individuel et relationnel qui permet de satisfaire ses besoins sur le plan physique, mental et social d'une manière épanouissante » (Dupras et Soucis, 2008 :194).

2011). En favorisant le sentiment de bien-être, l'épanouissement sexuel contribue également au maintien et à l'amélioration de l'état de santé d'une personne (Séguin-Brault, 2015; Makimoto et al., 2015). Elle permet donc, en quelque sorte, de prolonger la vie de l'aîné (Lichtenberg, 2014). D'ailleurs, les relations d'intimité positive permettent de réduire le risque de développer un trouble de l'humeur comme la dépression, un trouble de comportement, des maladies physiques comme l'arthrite et d'améliorer la qualité de vie (Rosen et al. 2010, Perkins et al, 2013 et Kuhn, 2002 dans Wilkins, 2015; Lichtenberg, 2014). Le MSSS identifie des déterminants sociaux de la santé ayant un effet sur l'état de santé global d'une personne. Le bien-être est l'un des déterminants sociaux de la santé. Donc, le sentiment de bien-être d'une personne a un impact sur son état de santé global (MSSS, 2012). La satisfaction sexuelle peut également contribuer à une diminution significative de la détresse psychologique vécue par les aînés (Boucher, 2014). De plus, la sexualité est un élément important de la vie, car elle contribue au besoin d'une personne d'aimer et d'être aimée (Devos, 2012; Bentrott et Margrett, 2011). D'ailleurs, en 1975, l'Organisation Mondiale de la Santé ajoute le concept de santé sexuelle à ceux de sexualité et de vie amoureuse. On considère alors :

Les éléments somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de la vie sexuelle, de façon à favoriser l'épanouissement et la mise en valeur de la personnalité, la communication et l'amour. Le droit à l'information sexuelle et le droit au plaisir sont des valeurs inhérentes à ce concept (OMS, 2016 : 1).

Alors, pour avoir une bonne qualité de vie sexuelle, il faut que les aînés aient droit à un environnement qui leur permet d'exprimer leur sexualité (Dupras et Soucis, 2008).

Ainsi, un aîné qui se voit dans l'impossibilité d'exprimer sa sexualité ou qui se voit freiné dans l'expression de celle-ci par des éléments d'origine environnementale

peut entraîner des conséquences sur son bien-être (Wilkins, 2015 ; Séguin-Brault, 2015 ; Bentrott et Margrett, 2011). Effectivement, une insatisfaction sexuelle peut amener la personne à se replier sur soi, à vivre une régression au niveau de sa santé physique et psychologique ou à être agressive, ce qui peut avoir pour résultat des conflits avec les membres de sa famille et aussi avec le personnel soignant (Séguin-Brault, 2015). Cette insatisfaction peut également amener l'aîné à vivre des frustrations et peut contribuer à une diminution de sa joie de vivre (Wilkins, 2015).

L'aspect des pratiques sexuelles fait partie des déterminants sociaux de la santé se rapportant aux habitudes de vie et comportement (MSSS, 2012). Ainsi, le MSSS voit les pratiques sexuelles comme un facteur pouvant contribuer au maintien et à l'amélioration de la santé d'un individu ou, au contraire, à une diminution de l'état de santé. De ce fait, avoir une sexualité satisfaisante pour soi, contribuait à maintenir une bonne santé (MSSS, 2012). Par ailleurs, le milieu de vie est également un des déterminants sociaux de la santé. Le milieu de vie inclut le type d'hébergement, dont les services, les conditions sociales et les ressources humaines. Donc, selon les différentes caractéristiques, le milieu d'hébergement de l'aîné va contribuer à son bon état de santé ou, au contraire, à une diminution de celui-ci (MSSS, 2012).

1.2.2 La sexualité des aînés perçue par la famille et les proches

Les mythes véhiculés dans notre société ont eu pour conséquence de faire de la sexualité des aînés un sujet tabou. Les gens n'évoquent pas ou très peu le sujet ou en parle avec gêne (Lamy et coll., 2013; Conseil des aînés, 2010; Colson, 2007). Les réactions du personnel et les différentes interventions auprès des aînés ayant encore une vie sexuelle sont aussi impactées par ce sujet tabou. Par ailleurs, l'attirance physique et

sexuelle de leur parent envers un autre aîné peut entraîner des réactions négatives chez les enfants des personnes âgées (Makimoto, 2015; Quentin, 2012; Bentrott et Margrett, 2011; Dupras et Soucis, 2008).

Une étude menée par Schouten et ses collaborateurs en Nouvelle-Zélande (2021) a démontré que, de manière générale, le personnel soignant et les membres de la famille reconnaissent la sexualité comme étant un besoin chez l'aîné vivant en milieu d'hébergement, mais aussi comme étant un droit (Schouten et al., 2021). Pour la majorité, les membres de la famille reconnaissent le fait que d'être privé d'avoir des relations d'intimité sexuelle a des conséquences sur le bien-être de l'aîné. Toutefois, ce type de situation impliquant leur proche leur amène un certain malaise (Schouten et al., 2021). Lors de cette même étude, il a été observé que certains membres de la famille n'étaient pas ouverts à ce que leur proche puisse avoir des relations d'intimité sexuelle dans leur milieu de vie et souhaitaient être consultés si cela se produisait (Schouten et al., 2021).

Dans une étude effectuée par Thibaud et Hanicotte (2007), le personnel soignant de différents milieux a été interrogé concernant les situations d'intimité sexuelle. Les réactions du personnel qui ont été constatées sont la « gêne, surprise, bienveillance, attitude moralisatrice ou répressive, dérision, ironie, déni » (Thibaud et Hanicotte, 2007 : 127). Le gouvernement du Québec note également des réactions inappropriées du personnel lorsque celui-ci surprend un aîné dans une situation d'intimité sexuelle : « les réactions sont plutôt vives et inappropriées, allant de la surprise, à l'indignation, à la moquerie, voire à la réprimande comme pour un enfant » (Gouvernement du Québec, 2021 : 54). Par ailleurs, il n'y a pas seulement les mythes qui influencent les perceptions négatives du personnel soignant concernant la sexualité des aînés, mais aussi le manque

de connaissance et de formation à ce sujet (Mahieu et Grastmans, 2015; Thibaud et Hanicotte, 2007; Walker et Harrington, 2002). D'ailleurs, ces deux aspects sont des facteurs de risque pouvant entraîner de la maltraitance en milieu d'hébergement, dont la violation du droit à l'intimité ou de la maltraitance sexuelle (Beaulieu et al., 2018). Une étude de Bouman, Arcelus et Benbow en 2007 a démontré que le personnel soignant plus jeune et ayant moins d'expérience était porté à avoir une attitude plus négative et répressive lors des situations d'intimité sexuelle entre deux aînés (Bauer, 2013).

De plus, les situations d'intimité sexuelle peuvent être perçues de façon négative par le personnel en hébergement (Ahrendt et al., 2017; Makimoto, 2015; Mahieu et Gastmans, 2015; Bentrott et Margrett, 2011; Frankowski et Clark, 2009), surtout lorsqu'il s'agit de deux personnes qui ne sont pas mariées ou du même sexe (Conseil des aînés, 2010; Colson, 2007; Lamy et coll., 2013; Plouffe et Plamondon, 1989). Dans le cas où les personnes ne sont pas mariées, le personnel peut être choqué de voir deux aînés avoir des relations sexuelles (Conseil des aînés, 2010; Colson, 2007; Lamy et coll., 2013; Plouffe et Plamondon, 1989). Par exemple, lorsqu'une personne âgée se fait voir par un préposé en train d'avoir une activité sexuelle seule ou avec un ou une partenaire, elle peut se faire réprimander. Les actions pouvant être faites pour réprimander un aîné sont notamment un transfert de milieu, une expulsion ou donner une médication pour l'inhibition (Gouvernement du Québec, 2021; Bentrott et Margrett, 2011). L'aîné peut alors se sentir humilié. En fait, les gestes à caractère sexuel dans plusieurs milieux d'hébergement ne sont pas acceptés. Le personnel utilise une approche d'évitement qui vise davantage à décourager les résidents d'avoir des rapports intimes entre eux (Conseil des aînés, 2010; Colson, 2007; Lamy et coll., 2013; Plouffe et Plamondon, 1989). Selon Thibaud et Hanicotte (2007), l'approche d'évitement consiste à mettre fin à l'acte à

caractère sexuel. Par ailleurs, les relations d'intimité sexuelle entre deux aînés sont souvent perçues comme étant des comportements sexuels inappropriés par le personnel soignant, notamment lorsque la relation implique un aîné présentant un TNC (Makimoto et al., 2015; Bentrout et Margrett, 2011; Rheume et Mitty, 2008 dans Frankowski et Clark, 2009). Les mesures de contention peuvent également être utilisées dans ce type de situation ou encore procéder à une séparation violente (Gouvernement du Québec, 2021). Une approche qui persiste dans les milieux d'hébergement est celle d'interdire les relations d'intimité sexuelle lorsque cela implique un aîné ayant un TNC (Wilkins, 2015). Cette façon de faire a pour but de diminuer les risques de préjudices et d'abus, mais porte atteinte à l'autonomie de l'aîné (Wilkins, 2015). De plus, une relation intime entre deux aînés n'étant pas mariés peut entraîner un important malaise chez le personnel soignant. La famille est alors impliquée pour avoir leur accord ou non concernant la situation d'intimité sexuelle. De cette façon, le personnel évite toute culpabilité qu'il peut éprouver quant au fait de laisser la relation entre les deux aînés évoluer (Makimoto, 2015; Thibaud et Hanicotte, 2007). En fait, l'étude de Frankowski et Clark (2009) a révélé que l'opinion de la famille prévaut souvent sur le choix de l'aîné en milieu d'hébergement. D'ailleurs, le gouvernement du Québec (2021) a noté qu'il y a un nombre considérable de situations d'ingérence dans les situations d'intimité sexuelle des aînés atteints de TNC autant de la part de la famille que de l'institution, soit par l'empêchement, la permission, la séparation ou la réprimande. Il faut savoir que la famille peut vivre un conflit de valeur lorsqu'elle est interpellée pour prendre une décision concernant une situation d'intimité sexuelle de son proche. Elle pourrait se questionner à savoir si elle doit respecter et protéger les valeurs de son proche avant qu'il soit en perte d'autonomie ou qu'il ait un TNC ou alors si elle doit respecter la

personne qu'elle est aujourd'hui. Souvent, la famille sera tentée de prendre une décision en se basant sur les valeurs passées de leur proche, car il peut être difficile d'accepter que les valeurs de son proche aient changé et de le voir nouer des relations intimes avec d'autres. Toutefois, selon la loi, au Québec, l'histoire et les valeurs passées ne devraient pas avoir d'impact sur la situation d'intimité sexuelle que vit l'aîné (Gouvernement du Québec, 2021). Par ailleurs, les professionnels de la santé travaillant en milieu d'hébergement omettent fréquemment d'effectuer une évaluation de la santé sexuelle du résident, ce qui peut être dû à un malaise en lien avec leur propre sexualité ou par peur d'offenser le résident ou sa famille (Lewis et Bor, 1994 dans Bauer, 2013). Le personnel soignant en milieu d'hébergement est également confronté à un important dilemme professionnel, soit permettre les relations d'intimité sexuelle entre deux résidents pour répondre à leurs besoins et leur responsabilité de protéger les résidents des préjudices qu'ils pourraient vivre en lien avec une situation d'intimité sexuelle (Wilkins, 2015 ; Lichtenberg, 2014).

La présence des personnes de la communauté LGBTQ+¹¹ en milieu d'hébergement est un phénomène nouveau auquel le personnel soignant sera de plus en plus appelé à intervenir. En fait, ce phénomène nouveau est probablement dû au fait que les aînés s'afficheront plus ouvertement comparativement à avant. Cohen, Curry, Jenkins, Walker et Hogstel (2008) prévoient qu'en 2030, aux États-Unis, il y aura entre 120 000 et 300 000 aînés de la communauté LGBTQ+ en milieu d'hébergement (Ahrendt et al., 2017). Le nouveau défi pour le personnel soignant sera d'intervenir auprès des aînés de la communauté LGBTQ+ lors de situations d'intimité sexuelle.

¹¹ L'acronyme LGBTQ+ signifie lesbienne, gay, bisexuel, transgenre et queer. Le signe «+» signifie l'inclusion de toutes les autres orientations sexuelles, par exemple les personnes pansexuelles, asexuelles, bigendrées, etc. (OK2BME, 2019)

Jusqu'à présent, des études ont démontré une forte discrimination de la part des professionnels de la santé envers les personnes de la communauté LGBTQ+. Cette discrimination serait plus forte vis-à-vis les hommes que les femmes, et ce, pas seulement dans la communauté LGBTQ+ (Ellis et al., 2002 et Herek, 2000 dans Ahrendt et al., 2017; Mahieu et Gastmans, 2015). D'ailleurs, un sondage fait par MetLife en 2006 a révélé que seulement 14 % des aînés de la communauté LGBTQ+ ont mentionné qu'il était acceptable d'aborder leur sexualité en milieu d'hébergement (Heaphy et al., 2003 et MetLife, 2006 dans Ahrendt et al., 2017). En fait, les aînés de la communauté LGBTQ+ craignent la réaction du personnel et des autres résidents s'ils apprenaient leur orientation sexuelle (Gouvernement du Québec, 2021). Ils craignent d'être négligés ou maltraités (Mahieu et Gastmans, 2015) ou encore de vivre un rejet (Gouvernement du Québec, 2021). De plus, ceux-ci sont portés à vivre une double stigmatisation en milieu d'hébergement dans les situations d'intimité sexuelle. Tout d'abord, ils vivent une première stigmatisation en lien avec l'âge et en second lieu, une stigmatisation en lien avec leur orientation sexuelle (Simpson et al., 2017). En fait, les pratiques actuellement utilisées en milieu d'hébergement, de manière générale, sont empreintes d'hétérosexisme. Il y a ce que l'on appelle une non-reconnaissance de la diversité sexuelle puisque le discours inclusif n'est pas employé. Ce qui est une forme de maltraitance sexuelle (Gouvernement du Québec, 2021). Le gouvernement du Québec (2021) recommande donc une formation sur la sexualité des aînés qui inclurait la diversité sexuelle. Cette formation s'inspirerait des onze articles de la Charte de la bienveillance envers les personnes âgées homosexuelles de la Fondation Émergence, dont :

Ne pas présumer de l'hétérosexualité des résidents, démystifier la diversité sexuelle auprès de tous, encourager le respect et l'ouverture d'esprit des bénéficiaires à l'égard des personnes âgées homosexuelles et transsexuelles (article 9), identifier une personne-ressource pour pouvoir parler librement; par exemple, un membre du personnel LGBT qui se déclarerait comme tel (Gouvernement du Québec, 2021 : 20).

Pour ce qui est des contenus sur la sexualité dans les programmes de formation en santé et services sociaux, sans prétendre à une recherche exhaustive à ce sujet, quelques programmes de différentes institutions prises au hasard ont été consultés. Le programme de santé, assistance et soins infirmiers pour les futurs infirmiers auxiliaires n'offre pas de cours qui aborde la sexualité des aînés. Les cours sont surtout axés sur les différentes approches d'intervention, les différents systèmes du corps humain et les soins (Commission scolaire Marie-Victorin, 2019; Centre 24-juin, 2013 b; Centre de formation professionnelle l'Émergence, s.d. b). Quant au programme de soins infirmiers au CEGEP, les cours offerts abordent notamment les différentes évaluations concernant l'autonomie et la santé de l'aîné, les actes professionnels et l'approche à utiliser avec un aîné. Il n'est pas fait mention de la sexualité de l'aîné (CEGEP Gatineau, 2019; CEGEP Limoilou, 2019; CÉGEP de Drummondville, 2019; CÉGEP de Saint-Hyacinthe, 2019). Pour ce qui est du baccalauréat en sciences infirmières, il y a peu de cours en lien avec les aînés et ceux-ci se concentrent sur les outils d'évaluation, l'approche à prioriser, les problèmes de santé et la médication. Comme pour la formation collégiale, la sexualité de l'aîné est également mise de côté (Université Laval, 2019a; Université du Québec à Trois-Rivières, 2013; Université du Québec, 2017; Université de Montréal, 2019a). En ce qui a trait au programme d'assistance à la personne en établissement de santé pour les futurs préposés aux bénéficiaires, la formation se concentre sur l'approche à adopter et aux soins et services d'assistance à prodiguer à l'aîné. La sexualité de l'aîné et les

situations vécues en milieu d'hébergement ne sont pas abordées (Commission scolaire des sommets, 2019; Centre de formation professionnelle l'Émergence, s.d.; Centre 24-juin, 2013a). Finalement, le baccalauréat en service social varie beaucoup d'une université à l'autre selon les fiches signalétiques consultées. L'Université de Montréal offre un cours optionnel sur la sexualité. Le cours s'intitule sexualité et cycle de la vie ce qui inclut la sexualité des aînés (Université de Montréal, 2019 b). Le programme de l'Université Laval offre également un cours optionnel sur la sexualité qui s'intitule introduction à la sexualité humaine. Il n'est toutefois pas spécifié si le cours aborde la sexualité des aînés (Université Laval, 2019 b). Toutefois, plusieurs programmes en service social n'offrent pas de cours portant sur la sexualité (Université de Sherbrooke, 2018; UQAR, 2017; UQAM, 2017; uOttawa, s.d.).

Selon Schouten et ses collaborateurs (2021), la formation du personnel devrait souligner le fait que les contacts intimes et sexuels chez les aînés demeurent importants et bénéfiques pour leur bien-être et ne pas seulement se centrer sur les risques :

But focusing only on risk and ignoring the positive contribution intimacy and relationships have on the well-being of residents is not the right approach. Staff education then should therefore shift from its emphasis on compliance and risk management and instead focus on providing guidance on applying salutogenic and person-centred care in practice (Schouten, 2021: 4).

Une courte formation aurait une répercussion positive sur l'attitude du personnel soignant et leur permettrait d'avoir une approche plus permissive (Bauer, 2013). Une formation à ce sujet permettrait également au personnel soignant d'avoir une attitude plus positive vis-à-vis ces situations et de répondre plus adéquatement aux besoins reliés à la santé sexuelle des résidents (Walker et Harrington, 2002 dans Frankowski et Clark, 2009). Avec le manque de connaissances et de formations à ce sujet, il peut être plus difficile pour le personnel d'évaluer le consentement à la relation sexuelle entre deux

ânés lorsque l'un d'entre eux ou les deux présentent un TNC. Il s'agit d'ailleurs d'une préoccupation exprimée par les équipes soignantes (Lefebvre et Gauillard, 2015). La capacité de l'âné présentant un TNC à consentir et à prendre des décisions demeure présente pendant longtemps (Lefebvre et Gauillard, 2015). Walker a mis sur pied une formation en 2000 qui s'intitule *Sex and sexuality in long term care : a training program for staff* (Walker et Harrington, 2002). Cette formation contient des vidéos, un manuel d'instruction, des instruments d'évaluation ainsi que des outils. Cette formation contient trois objectifs. Le premier consiste à aider le personnel soignant à identifier les besoins sexuels et d'intimité de l'âné. Le deuxième objectif est de reconnaître que ces besoins varient tout comme chez les jeunes adultes. Le dernier objectif est d'identifier les interventions appropriées en lien avec la situation d'intimité sexuelle (Walker et Harrington, 2002). L'étude de Walker et Harrington (2002) en lien avec la formation a révélé que les modules de formation ont permis d'améliorer les connaissances et l'attitude du personnel soignant vis-à-vis les situations d'intimité sexuelle chez les ânés en milieu d'hébergement. En fait, 90 % des participants de l'étude ont confirmé que le matériel de la formation était utile, intéressant et informatif (Walker et Harrington, 2002).

Lors d'une étude de Dupras (2008), une politique au niveau d'une institution au Québec avait été mise en place et une formation avait été donnée au personnel du milieu. Les résultats de cette expérimentation ont été très positifs. Le personnel a fait une prise de conscience concernant la sexualité des ânés et a modifié leurs pratiques et leurs approches (Dupras et Soucis, 2008).

Par ailleurs, selon une étude menée par Thibaud et Hanicotte (2007), une majorité des personnes interrogées croyait que la sexualité chez les aînés n'existait pas. Lors de cette même étude, certains préposés ont affirmé qu'ils voyaient les rapports intimes comme une manifestation affective. D'autres ont cependant exprimé qu'ils voyaient les relations sexuelles chez les aînés en hébergement comme une agression physique. Cette différence de perception peut s'expliquer par un manque de formation et de connaissances au sujet de la sexualité des personnes âgées. Donc, lorsqu'ils sont confrontés à une situation d'intimité sexuelle, certains préposés utilisent un ton ferme pour exprimer leur refus aux résidents et mettent fin à l'acte (Thibaud et Hanicotte, 2007). Ainsi, il serait important que le personnel des milieux d'hébergement ait davantage de connaissances sur la sexualité des aînés, car il ne faut pas oublier que « les résidents des milieux d'hébergement ne sont pas que des usagers en perte d'autonomie et les milieux doivent prendre en compte leur histoire de vie, leur parcours résidentiel et leur unicité » (Soulières et Ouellet, 2012 : 35). Le gouvernement du Québec souligne également le manque de formation, de connaissances, de soutien et d'accompagnement du personnel en milieu d'hébergement. Il souligne que, dans ce type de situation, il serait important que le personnel connaisse davantage les troubles neurocognitifs, leur évolution et leurs effets sur la sexualité et qu'il ait des balises de reconnaissance pour prioriser le mieux-être de l'aîné ainsi que son autonomie. Il souhaiterait également que la sexualité des aînés soit démystifiée et que le dialogue soit facilité entre les différents membres du personnel intervenant auprès de l'aîné. La formation du personnel devrait également inclure un volet sur la communauté LGBTQ+ (Gouvernement du Québec, 2021).

D'ailleurs, les attitudes du personnel de soins peuvent également influencer l'expression de la sexualité des résidents (Doll, 2013 ; Dupras, 2007). Les aînés qui vivent les préjugés véhiculés par le personnel du milieu peuvent assimiler et intégrer ces préjugés au fil du temps. Ces préjugés peuvent donc avoir un impact sur l'expression de la sexualité des aînés (Mahieu et Gastmans, 2015; Devos, 2012; Dupras, 2007). En intégrant le fait que les aînés ne doivent pas avoir de relations sexuelles, les résidents finiront par laisser leur sexualité de côté (Devos, 2012; Dupras, 2007). Une étude menée au Québec par Stryckman a démontré que certains aînés craignaient la réaction des membres du personnel et de leur famille s'ils venaient à apprendre qu'ils sont encore intéressés par la sexualité (Dupras et Soucis, 2008).

Wilkins (2015) explique dans une étude qu'il y a certains avantages et biais à impliquer la famille et le personnel soignant dans les décisions concernant les situations d'intimité sexuelle. L'avantage d'impliquer la famille est qu'elle sait ce qu'il y a de mieux pour son proche. Les biais possibles sont que les membres de la famille peuvent vivre un conflit d'intérêts et qu'il n'est pas certain que leurs décisions reflètent réellement les préférences de leur proche. Pour ce qui est des avantages d'impliquer le personnel soignant, celui-ci a l'obligation de promouvoir l'autonomie et le meilleur intérêt du résident. Quant au biais possible, le personnel peut préférer prendre une décision en faveur de la famille pour éviter d'avoir la responsabilité de prendre la décision par lui-même de permettre ou non la relation (Wilkins, 2015).

1.2.3 Milieu de vie de la personne

Il n'y a pas seulement que les approches du personnel qui freinent l'expression de la sexualité des aînés. Il y a aussi les barrières architecturales. En fait,

l'environnement physique en hébergement notamment en centre de soins de longue durée ne favorise pas l'intimité des aînés (Mahieu et Gastmans, 2015; Séguin-Brault, 2015; Doll, 2013; Frankowski et Clark, 2009; Colson 2007). En effet, la présence de chambre semi-privée (à occupation multiple de deux, trois ou quatre personnes) empêche l'aîné d'avoir droit au respect de sa vie privée et à son intimité. Les lits dans les chambres sont souvent séparés à l'aide d'un rideau, ce qui ne permet pas de respecter l'intimité des aînés. Il y a beaucoup d'allées et venues dans les chambres par le personnel et les membres de la famille. L'aîné qui désire avoir de l'intimité est brimé dans son droit, car s'il désire vivre une situation d'intimité dans son lit, les autres aînés avec lesquels il partage la chambre vont en être conscients. Les lits en hébergement sont des lits simples, ce qui ne favorise pas les relations d'intimité sexuelle. Il y a également le fait que le personnel soignant peut rentrer dans les chambres pour donner des soins n'importe quand, sans en aviser l'aîné puisque les portes ne peuvent pas se verrouiller de l'intérieur de la chambre. Ainsi, les aînés peuvent très rarement être seuls dans leur chambre et il est très difficile pour eux d'avoir des relations intimes (Séguin-Brault, 2015; Assemblée nationale du Québec, 2013; Frankowski et Clark, 2009; Trudel, 2005) :

Les exemples sont nombreux dans la littérature ou sur le terrain de ces personnes, incluant les proches, qui font irruption dans la chambre sans s'annoncer, sans avoir été invitées à entrer, ou qui ne jugent pas bon de s'éclipser sans mot dire s'ils tombent « au mauvais moment » (Gouvernement du Québec, 2021 : 54).

Le manque d'intimité a d'ailleurs été identifié par des personnes âgées comme étant une cause à la difficulté d'exprimer leur sexualité, et ce, lors d'une étude menée par Pénafiel (Dupras et Soucis, 2008).

Le concept de milieu de vie est l'approche favorisée en CHSLD qui stipule que l'aîné devrait se sentir comme chez lui. Ce concept est mis en place pour permettre le

respect de l'identité et de l'intimité de l'aîné. Il est également conçu pour assurer le respect de la vie privée avec leur famille et le personnel de soins (Assemblée nationale du Québec, 2013). « Le respect de l'intimité et de la vie privée, c'est aussi de reconnaître que la personne a des besoins d'affection, de tendresse et aussi à caractère sexuel » (Dupras, 2007 : 108). Donc, selon le concept de milieu de vie, l'aîné devrait se sentir comme chez lui et ainsi, avoir une liberté sexuelle. Il apparaît évident que le concept de milieu de vie ne s'est pas complètement implanté en milieu d'hébergement puisque les aînés n'ont pas encore atteint le droit à l'intimité. De plus, le MSSS (2003) n'a pas réussi à créer un environnement dans lequel les soins et les services sont dispensés selon les désirs, les besoins, les attentes et les habitudes des résidents. Dans cette optique, les résidents auraient leurs soins selon le respect de leurs habitudes de vie et selon leurs désirs. En fait, cela voudrait dire que les préposés devraient respecter l'intimité de la personne. Ainsi, si l'aîné a des rapports intimes dans sa chambre et qu'il est l'heure de lui prodiguer ses soins, les préposés devraient revenir plus tard pour respecter les désirs et les habitudes de vie de l'aîné (Séguin-Brault, 2015; Badeau et Bergeron, 1991).

Certains centres d'hébergement ont tenté de remédier à la situation en aménageant une « chambre d'intimité ¹²» pour que les aînés puissent avoir des rapports sexuels en privé. Toutefois, cette solution amène certains enjeux. Elle oblige les aînés à planifier leurs rapports intimes, car ils doivent réserver la chambre quelques jours à l'avance, ce qui prive les aînés de la spontanéité de leur sexualité. Sans oublier que la spontanéité favorise l'épanouissement sexuel, ce qui améliore, par le fait même, la qualité de vie sexuelle. Cela oblige également les aînés à avoir des relations intimes

¹² La chambre d'intimité est une chambre réservée aux personnes âgées désirant un endroit intime pour avoir des rapports sexuels sans se faire déranger par le personnel ou d'autres résidents et sans déranger les autres résidents (Dupras, 2007).

seulement dans cette chambre. Donc, cette chambre restreint également la liberté sexuelle des aînés (Séguin-Brault, 2015; Dupras, 2007). Par ailleurs, « l'Ordre professionnel des sexologues du Québec parle de sensibiliser le personnel au fait que les résidents puissent demander l'aide nécessaire à la mise au lit/retrait du lit (ex. : lors de l'utilisation de la chambre d'intimité) » (Gouvernement du Québec, 2021 : 34).

Pour préserver l'intimité des aînés en milieu d'hébergement, le gouvernement du Québec suggère d'installer une « pancarte d'intimité ». Le personnel pourrait donc mettre la pancarte à la porte de l'aîné lorsque celui-ci vit une situation d'intimité sexuelle. En complément de cette approche, le personnel devrait attendre d'être invité avant d'entrer dans une chambre et de quitter discrètement la pièce lorsqu'il voit un aîné en train de vivre un moment d'intimité sans partenaire (Gouvernement du Québec, 2021).

Le Groupe Champlain réunit 13 CHSLD privés et conventionnés dans diverses régions au Québec. Il s'est doté, en 2016, d'une politique interne concernant l'intimité des personnes âgées. Cette politique stipule que les aînés sont dans leur droit d'avoir des relations sexuelles dans leur intimité. Toutefois, le personnel soignant ne doit pas être sollicité pour apporter de l'aide au couple, car il ne peut faire des actes allant à l'encontre de ses propres valeurs (Groupe Champlain, 2016). La politique explicite que :

Les intervenants soient aidants et ouverts (ex. : qu'ils acceptent de coller deux lits ensemble ou de transporter une personne d'une chambre à une autre) ou, à défaut, tolérants est une chose souhaitable, mais l'on ne peut s'attendre à ce qu'ils soient des participants même indirectement (ex. : qu'ils mettent l'un des partenaires sur l'autre (Groupe Champlain, 2016 : 2).

Les politiques organisationnelles¹³ sont présentes dans les milieux pour aider le personnel à orienter leurs interventions avec les aînés. Ces politiques diffèrent d'un milieu d'hébergement à un autre (Makimoto, 2015). Toutefois, lorsque le personnel se retrouve devant une situation dans le cadre de son travail, il peut être difficile pour lui de mettre en application les politiques organisationnelles, car elles ne sont pas concrètes. Il y a aussi un écart entre ce que le personnel a appris (théories) et la mise en application d'actions concrètes pour gérer une situation. Alors, le personnel doit prendre des décisions non seulement à partir des politiques organisationnelles, mais aussi en se basant sur ses croyances, ses émotions, ses valeurs, ses représentations et ses expériences professionnelles et personnelles (Boivin, 2014). Dans les situations d'intimité sexuelle, lorsque le personnel ne connaît pas bien la personne (son histoire, ses valeurs personnelles, ses croyances, etc.), il est porté à mettre ses valeurs personnelles de l'avant pour prendre des décisions concernant ses interventions (Gouvernement du Québec, 2021). Le personnel peut également vivre un conflit entre ses valeurs professionnelles, soit de privilégier le bien-être de l'aîné ou la volonté des proches (Gouvernement du Québec, 2021). De plus, Lichtenberg (2014) mentionne qu'il serait essentiel de créer des politiques concernant les situations d'intimité sexuelle des aînés en milieu d'hébergement, mais aussi des politiques concernant l'évaluation des capacités des aînés à consentir à ce type de situation.

Le contexte organisationnel a également un impact sur les différentes interventions du personnel. En fait, le contexte actuel dans les milieux d'hébergement

¹³ Une politique est «un ensemble de principes généraux indiquant la ligne de conduite adoptée par une organisation privée ou publique, dans un secteur donné, et qui guident l'action ou la réflexion dans la gestion de ses activités» (Gouvernement du Québec, 2019b :1). Ainsi, les politiques organisationnelles sont des lignes de conduites ayant été adoptées par l'organisation qui, dans ce cas-ci, correspond au milieu d'hébergement.

peut rendre plus difficile le travail du personnel. Le manque de personnel, dont les préposés aux bénéficiaires, fait en sorte que leur charge de travail actuel est trop grande pour qu'ils puissent réaliser l'ensemble de leurs tâches et prendre le temps nécessaire avec l'ainé (Gagnon, 2019; Lévesque, 2018). Un sondage mené par le Syndicat québécois des employées et employés de service (SQEES) a démontré qu'un grand nombre de services n'avaient pas été offerts lors de l'été 2018 en raison d'un manque d'effectif trop important et d'une charge de travail trop élevée pour chaque employé. Les services auxquels le sondage réfère sont les bains complets, les toilettes partielles, les changements de culotte d'incontinence, le repositionnement de l'utilisateur et autres (Lévesque, 2018). Étant donné que les préposés aux bénéficiaires ont de la difficulté à répondre aux besoins de base des aînés, nous pouvons supposer que les besoins particuliers sont encore plus difficilement répondus, dont le besoin de vivre sa sexualité. Les causes de cette problématique, selon le SQEES, seraient « le sous-effectif et le non-remplacement des absences (423 fois [durant l'été 2018]), ainsi que le recours au personnel d'agence, qui ralentit la cadence de travail » (Lévesque, 2018 : 1).

Dans certains milieux plus permissifs, l'ouverture à permettre la situation d'intimité sexuelle entre deux résidents se base sur une évaluation des dossiers des deux résidents concernés, une évaluation physique, une évaluation mentale, une discussion avec les membres du personnel qui connaissent bien les résidents impliqués et une rencontre multidisciplinaire (Lyden, 2007 dans Wilkins, 2015). Il n'y a pas de consensus sur un mode d'évaluation formelle concernant l'aptitude d'un aîné à consentir à une situation d'intimité sexuelle, toutefois, Wilkins (2015) reprend certains modèles utilisés par différents auteurs. Tout d'abord, il y a le modèle de Lichtenberg et Strezepek. Lichtenberg (2014) explique que plusieurs critères doivent être pris en compte avant

d'évaluer si un aîné a la capacité ou non de consentir à une situation d'intimité sexuelle. En premier lieu, l'aîné doit présenter un problème de santé mentale et/ou un TNC. Ensuite, ses capacités décisionnelles doivent être affectées par son TNC ou son problème de santé mentale. Les capacités de l'aîné ne sont pas nécessairement générales, mais doivent être spécifiques à la situation d'intimité sexuelle, dont il est question. Par la suite, les considérations légales doivent être intégrées à la prise de décision. Pour finir, Lichtenberg explique que le fardeau de la preuve doit revenir aux personnes qui mentionnent qu'il y a une incapacité (Lichtenberg, 2014). Lichtenberg (2014) explique également qu'il est important de déterminer quelles sont les capacités décisionnelles de l'aîné. Pour ce faire, l'aîné doit pouvoir rencontrer certains éléments, dont être en mesure de communiquer son choix, communiquer sa compréhension de ce choix, communiquer les conséquences potentielles de ce choix et communiquer le raisonnement et la justification de ce choix. De plus, les valeurs de l'aîné devraient être prises en considération (est-ce qu'il comprend le concept de choix et de consentement, est-ce que ses comportements sont cohérents avec ses valeurs et ses croyances). Pour ce qui est de son outil d'évaluation qu'il a mis sur pied avec Strezepek, la personne aînée doit avoir un score de 14 et plus sur 30 au Folstein (mini-mental ou MMSE) et le membre du personnel qui questionne l'aîné doit être du même sexe que ce dernier (Lichtenberg, 2014). L'évaluation se concentre sur trois aspects, soit la compréhension de la relation (est-ce que l'aîné sait qui a initié le contact sexuel, est-ce qu'il est en mesure d'exprimer à quel niveau d'intimité sexuelle il est à l'aise, est-ce qu'il sait que son partenaire n'est pas son conjoint [e], est-ce qu'il sait qui est le partenaire de la relation), la capacité de l'aîné à éviter l'abus (qu'est-ce qu'il connaît de la relation, dont ce qu'il aime et ce qu'il n'aime pas d'une relation, qu'est-ce qu'il sait sur ce que le

partenaire attend de la relation, qu'est-ce qu'il veut de la relation à ce moment, est-ce qu'il est en mesure de mettre ses limites et de dire « non ») et la capacité de comprendre les risques (est-ce que l'aîné comprend les potentiels préjudices qu'il pourrait avoir sur le plan physique et émotionnel, est-ce qu'il est en mesure de prendre des précautions pour prévenir les risques, comment l'aîné réagirait à une perte si la relation se terminait, est-elle consciente que la relation pourrait ne pas durer dans le temps) (Gaile et Henderson, 2003 dans Wilkins, 2015; Lichtenberg, 2014).

Certains modèles d'évaluation reprennent l'évaluation du consentement aux soins (White, 2010 et Gaile et Henderson, 2003 dans Wilkins, 2015). Selon Wilkins (2015), l'évaluation du consentement aux soins ne correspond pas à une évaluation adéquate pour l'évaluation au consentement d'une relation d'intimité sexuelle. Toutefois, il soulève un parallèle entre les deux types d'évaluation. Il explique que, tout comme l'évaluation pour le consentement aux soins, la prise de décision concernant la relation d'intimité sexuelle pourrait être substituée à un proche. Il est cependant important de savoir qu'aux États-Unis, certains états interdisent cette pratique pour le consentement aux relations d'intimité sexuelle (Wilkins, 2015).

D'autres utilisent l'outil de dépistage des TNC, soit le mini-mental (MMSE) aussi appelé Folstein en complément à leur évaluation (White, 2010 et Gaile et Henderson, 2003 dans Wilkins, 2015).

Le dernier modèle présenté par Wilkins est un modèle d'évaluation basé sur six critères : le consentement (prendre une décision sans contrainte), la sécurité (être protégé des préjudices physiques et émotionnels et être en mesure de reconnaître une situation dangereuse), aucune exploitation (ne pas avoir tiré d'avantages de la relation, respecter la vie privée des autres résidents), aucun abus physique ou psychologique (être en

mesure de comprendre et de respecter l'autre s'il désire mettre fin à la relation), être capable de dire « non » de façon verbale ou non-verbale et d'être dans un endroit approprié pour avoir une relation d'intimité sexuelle (Gaile et Henderson, 2003 et Kuhn, 2002 dans Wilkins, 2015).

Le gouvernement du Québec amène des pistes d'évaluation lors d'une situation d'intimité sexuelle (excluant les gestes à caractère plus affectif, par exemple : se tenir par la main) entre deux aînés en milieu d'hébergement. Il explique que certaines questions sont importantes à se poser sur le *Quoi* évaluer : « La personne peut-elle exprimer un consentement de manière intelligible, et faire du discernement? Est-elle imputable de ses actes (manifestation de la volonté et ses conséquences)? » (Gouvernement du Québec, 2021 : 37) Par la suite, il explique que les deux partenaires doivent s'assurer de leur consentement mutuel : « Mon partenaire a-t-il consenti avant et pendant l'activité sexuelle? [...] La personne est-elle en mesure de dire ou de manifester son refus à tout moment? À l'inverse, de se rétracter dès la perception du refus du partenaire? » (Gouvernement du Québec, 2021 : 38) Le gouvernement du Québec amène également des questionnements sur le *Comment* évaluer dans de telles situations :

Pour évaluer l'aptitude à consentir à une activité sexuelle, la première étape est de sonder la compréhension du résident concerné sur ce qu'est, justement, une activité sexuelle. Ces questions reviendraient sur la compréhension des actions posées et sur les décisions prises : La personne comprend-elle ce qu'est une activité sexuelle? Est-elle consciente d'elle-même dans cette activité? Se souvient-elle de celles qui se seraient passées auparavant? Autre question délicate : Sait-elle avec qui elle a une activité sexuelle, ou confond-elle l'identité de la personne avec celle d'une autre? [...] Si oui, avec qui fait-elle la confusion? (Gouvernement du Québec, 2021 : 40)

Il précise que ces questionnements doivent être posés par des intervenants. Il explique également que le but de l'évaluation est de confirmer que la personne est apte à consentir à la relation d'intimité sexuelle. Si l'aîné est en effet apte à consentir, la

relation d'intimité sexuelle pourra se poursuivre jusqu'à ce que l'évaluation nécessite une révision. Cette révision devrait se faire en fonction de l'évolution de la maladie. Bien entendu, cette évaluation nécessite une tolérance aux risques (Gouvernement du Québec, 2021). Il est important de noter que l'intervenant ne peut dire qu'un aîné n'est pas apte à consentir sous prétexte qu'il n'est pas en mesure de s'exprimer correctement « Retenons que le désir et le ressenti ne dépendent pas de la faculté de les exprimer de manière intelligible » (Gouvernement du Québec, 2021 : 37). Il est possible d'exprimer son consentement par des paroles et par des comportements. L'expression non verbale est souvent celle que l'on va retrouver chez les aînés atteints d'un TNC :

Déceler si la personne a eu du plaisir suite à l'expérience, regarder si elle est encore contente quelque temps après, si elle a peur de son partenaire ou si au contraire elle recherche sa proximité et semble vouloir répéter l'expérience. Les notions de plaisir, de bien-être et d'appréciation sont ici essentielles afin de rendre compte de l'effet positif ou négatif de l'activité sexuelle (Gouvernement du Québec, 2021 : 42).

Le gouvernement du Québec propose également que l'évaluation soit faite en équipe interdisciplinarité (sexologue, psychologue, médecin, équipe SCPD, etc.) pour mieux discerner si les comportements sont reliés à un trouble de personnalité, des comportements hypersexualisés, de la médication, etc. (Gouvernement du Québec, 2021) Concernant un aîné qui présenterait une perte de communication, des pertes cognitives sévères et une autonomie décisionnelle très limitée, elle serait considérée comme n'étant pas apte à consentir à une relation d'intimité sexuelle, donc ne devrait pas avoir de relation d'intimité sexuelle. La même ligne de conduite doit s'appliquer aussi pour les couples mariés (Gouvernement du Québec, 2021). Pour finir, le gouvernement du Québec explique que, pour les relations affectives, il ne devrait pas y

avoir d'évaluation, de débats ou d'interventions à moins d'un refus catégorique de la part de l'aîné (Gouvernement du Québec, 2021).

1.2.4 La sexualité des aînés perçue par la société

De nombreux mythes sont véhiculés par notre société concernant la sexualité des aînés (Doll, 2013). Un mythe qui prend beaucoup de place est celui qui spécifie que les aînés sont asexués et n'ont plus aucun désir sexuel (Wilkins, 2015; Mahieu et Gastmans, 2015; Doll, 2013; Conseil des aînés, 2010; Conseil des aînés, 2004). En fait, ce mythe provient du fait que la sexualité est associée à la jeunesse (Simpson et al., 2017, Doll, 2013; Bentrott et Margrett, 2011). Il résulte également du fait que les hommes, à un certain âge, peuvent avoir un trouble de l'érection. Dans une étude de Laumann et coll. en 2004, 26 000 personnes ont été interrogées : 70 % des hommes interrogés ainsi que 64 % des femmes ont exprimé croire que « la capacité des hommes à avoir des relations sexuelles diminue avec l'âge » (Colson, 2007 : 94). La croyance que le désir sexuel des femmes disparaît avec l'apparition de la ménopause contribue également à alimenter ce mythe. Ainsi, plusieurs personnes dans notre société, aujourd'hui, croient que les désirs sexuels s'estompent avec l'âge (Conseil des aînés, 2004; Conseil des aînés, 2010). Cependant, il faut savoir que, même si la ménopause réduit la quantité d'œstrogène, le désir sexuel et les pulsions ne sont pas affectés par cette baisse d'hormone. Au contraire, chez certaines personnes le désir sexuel peut s'intensifier avec le vieillissement notamment en raison de la perte d'inhibition (Dubé, 2006).

Un autre mythe qui découle du fait que les aînés sont asexués est le fait que le risque d'ITS (infections transmissibles sexuellement) est plus faible. Par ailleurs, on peut noter qu'il y a très peu voir aucun programme de sensibilisation des ITS visant les aînés.

De plus, il a été démontré que les médecins évitaient d'aborder le sujet des ITS avec les aînés (Minkin, 2010 dans Abeykoon et Lucyk, 2016). En fait, il y a une augmentation des cas d'ITS. Une étude réalisée au Royaume-Uni a révélé que certaines ITS étaient en hausse chez les 45 ans et plus (gonorrhée, syphilis, herpès génital, chlamydie, verrues génitales). Une autre étude réalisée aux États-Unis a révélé que 15 % des nouveaux diagnostics de VIH et sida étaient chez les personnes âgées de 50 ans et plus. Cette même étude mentionne que ce groupe d'âge représente 24 % des personnes vivant avec le VIH aux États-Unis (Minichiello et al., 2012 dans Abeykoon et Lucyk, 2016). Toutefois, les données ne permettent pas d'avoir un portrait chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

1.2.5 Politiques sociales et ministérielles

Pour ce qui est des politiques sociales en lien avec la problématique, la Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux (LSSSS) fait mention de la mission des CHSLD dans l'article 83. En fait, selon cette loi, ceux-ci doivent offrir des services à différents niveaux, dont des services de réadaptation, psychosociaux, soins infirmiers, pharmaceutiques, médicaux, d'assistance, de soutien et de surveillance. Ils se doivent également d'offrir des services personnalisés à l'individu. La loi fait mention que le CHSLD doit servir de milieu de vie substitut pour la personne (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2003; Assemblée nationale du Québec, 2013). Un service personnalisé signifie que la personne peut recevoir de l'aide et de l'assistance si elle désire se mettre dans le même lit que son ou sa partenaire et qu'elle n'a pas les capacités de le faire seule. Le terme « milieu de vie substitut » signifie que les aînés doivent se

sentir comme chez eux et ainsi, avoir droit à une certaine intimité et liberté sexuelle auxquelles elles pourraient aspirer si elles demeuraient encore dans leur maison.

L'article 3 de la LSSSS explique différents principes légaux devant être respectés par le personnel soignant envers les usagers. Parmi ces différents principes, il y a notamment la notion de « respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés » (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2003 : 1). Un deuxième principe important est également mentionné : « l'utilisateur doit être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie et de ses besoins » (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2003 : 1). Ainsi, selon les deux principes mentionnés, l'aîné devrait avoir droit à son intimité. Elle devrait également avoir droit à la compréhension et au respect du personnel soignant lorsque celui-ci souhaite avoir des rapports intimes avec une autre personne. Le respect de la dignité de la personne signifie également que le personnel soignant devrait frapper à la porte et attendre la réponse de l'utilisateur avant d'entrer dans la chambre (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2003; Assemblée nationale du Québec, 2013), ce qui, en réalité, n'est pas toujours respecté (Doll, 2013).

La LSSSS prévoit également 12 droits des usagers. L'un de ces droits est le « droit à la confidentialité de son dossier d'utilisateur » (RPCU, s.d. : 1). Ce droit permet à l'utilisateur que les informations le concernant ne soient pas divulguées sans avoir, au préalable, son consentement. Avec la population aînée, le personnel doit aussi beaucoup travailler avec la famille. Ainsi, la notion de consentement peut être omise et beaucoup de renseignements sont transmis à la famille. Cela est notamment le cas pour les aînés présentant un TNC. Cependant, comme mentionné plus haut, les aînés présentant un TNC préservent leur capacité à consentir et à prendre des décisions pendant longtemps.

Ils peuvent donc donner leur consentement pour la transmission d'informations les concernant (Lefebvre et Gauillard, 2015).

La charte des droits et libertés de la personne (L.R.Q., C-1) prévoit également un article concernant la sauvegarde de la dignité de la personne, ce qui inclut également la sauvegarde de son honneur et de sa réputation (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2003; Assemblée nationale du Québec, 2013). Ainsi, le personnel soignant devrait avoir une approche respectant la dignité et la réputation de l'aîné en ce qui concerne les comportements à connotation sexuelle ou intime. Comme mentionné ci-haut, certaines approches du personnel soignant ne sont pas adéquates et peuvent porter atteinte à la dignité de la personne, notamment le fait de réprimander l'aîné. Par ailleurs, la charte des droits et libertés de la personne inclut le droit à la liberté, sécurité, à la vie privée et à l'égalité. En fait, sur le plan légal, au Québec, le consentement à une relation d'intimité sexuelle doit être libre, éclairé et continu. Ce dernier doit être donné exclusivement par la personne concernée par la relation d'intimité sexuelle, donc ne peut être substitué en aucun cas. Cela veut dire que les proches, l'institution ou le représentant légal de l'aîné n'ont pas l'autorisation légale de s'ingérer dans la prise de décision concernant les relations d'intimité sexuelle. En effet, si un aîné est sous régime de protection et déclaré inapte aux biens et à la personne au sens de la loi cela n'implique pas l'aptitude ou l'inaptitude à prendre une décision concernant les relations d'intimité sexuelle. De plus, il est important de noter que le consentement ne peut être donné par anticipation (Gouvernement du Québec, 2021).

Le Code civil prévoit également un article centré sur la dignité de la personne :
« Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la

loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé » (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2003 : 2).

Il existe également une politique au niveau du ministère concernant les milieux d'hébergement : La Politique de la santé et du bien-être. Celle-ci mentionne le fait que les milieux d'hébergement doivent offrir des soins et des services afin « de favoriser le renforcement du potentiel des personnes, de soutenir les milieux de vie et de développer des environnements sains et sécuritaires et d'améliorer les conditions de vie des personnes » (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2003 : 2). L'amélioration des conditions de vie des personnes commence par le sentiment de bien-être dans leur milieu de vie. Ainsi, pour améliorer les conditions de vie des aînés en hébergement, il faudrait une universalisation des pratiques pour les milieux et le personnel soignant, notamment en ce qui a trait aux politiques organisationnelles des milieux d'hébergement. Ainsi, les aînés devraient avoir droit au respect de leur intimité. De plus, répondre aux besoins des usagers pour améliorer leurs conditions de vie implique également de répondre au besoin de l'aîné d'avoir des relations intimes et sexuelles avec son ou sa partenaire.

Le MSSS a également établi des principes directeurs servant à orienter les interventions et les prestations de soins et de services pour les personnes étant hébergées en établissement public ou privé. Un de ces principes directeurs est que toutes les décisions en matière d'organisation, d'intervention et d'aménagement doivent être basées sur les caractéristiques, les besoins et les attentes des résidents (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2003; Assemblée nationale du Québec, 2013). Un besoin de la personne hébergée est son intimité (Lichtenberg, 2014). Ainsi, l'aménagement physique des différents types d'hébergement devrait prendre en compte ce besoin

(Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2003; Assemblée nationale du Québec, 2013).

Un deuxième principe directeur est que :

Toute personne hébergée a droit à un milieu de vie qui respecte son identité, sa dignité et son intimité, qui assure sa sécurité et son confort, qui lui permette de donner un sens à sa vie et d'exercer sa capacité d'autodétermination (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2003 : 3).

Ce principe se rapporte aux éléments mentionnés ci-haut concernant le droit à l'intimité, à la dignité et à l'identité de l'aîné en hébergement.

Le MSSS (2003), dans son rapport sur les orientations ministérielles concernant les milieux d'hébergement, indique que les milieux doivent répondre aux besoins fondamentaux de la personne ainsi qu'aux motifs à l'origine du relogement. Les besoins fondamentaux sont notamment le besoin d'amour, d'estime de soi et de reconnaissance. Des politiques organisationnelles permettant aux aînés de pouvoir exprimer leur sexualité et d'avoir accès à une intimité permettraient de répondre à ces besoins fondamentaux de l'individu si elles sont appliquées de façon appropriée par le personnel soignant de l'établissement. Ainsi, une formation, comme mentionné précédemment, permettrait une meilleure ouverture à la sexualité des aînés et permettrait au personnel soignant d'avoir davantage de connaissances sur le sujet et de répondre à ces situations avec une attitude positive (Walker et Harrington, 2002).

En ce qui concerne l'organisation des lieux physiques en milieu d'hébergement, l'approche milieu de vie est mise de l'avant. En fait, les différents milieux doivent reproduire du mieux qu'ils le peuvent, un lieu résidentiel dit normalisant¹⁴. Selon cette

¹⁴ Ce que le Ministère entend par « normalisant » c'est que le milieu de vie doit adopter « une grandeur, un rythme et un mode de vie qui se rapprochent le plus de ceux que la personne hébergée aurait si elle vivait toujours à domicile. Les lieux sont accueillants et chaleureux, familiers et personnalisés» (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003 : 21).

approche, les milieux doivent faciliter l'appropriation et la personnalisation du milieu de vie par le résident. Ils doivent également respecter les besoins fondamentaux des personnes. Dans ce contexte, les besoins fondamentaux sont en lien direct avec l'environnement physique, c'est-à-dire que ce dernier doit « favoriser le respect de l'intimité de la personne résidante et de sa vie privée, avec sa famille, ses proches et le personnel » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003 : 21). Selon les normes ministérielles concernant l'environnement physique, les résidents devraient avoir le droit à un moment d'intimité avec les membres de leur famille, dont leur conjoint[e] dans leur chambre.

Le gouvernement du Québec s'est doté d'un plan d'action pour lutter contre la maltraitance. Dans ce plan, les différentes formes de maltraitance sont décrites. La maltraitance sexuelle peut prendre deux formes : la violence ou la négligence. Priver un aîné de son intimité ou ne pas reconnaître sa sexualité est de la négligence au niveau de la maltraitance sexuelle (Ministère de la Famille, 2017). De plus, ne pas reconnaître que l'aîné a droit à son intimité est une violation de ses droits et est aussi reconnu comme une forme de maltraitance envers l'aîné. Un aîné qui n'est pas impliqué dans la prise de décision le concernant et dont la famille prend une décision pour lui est également considéré comme une violation des droits de l'aîné. Par ailleurs, les pratiques priorisées par le personnel soignant, dont celles qui ont pour résultat de ne pas reconnaître le droit de l'aîné de vivre sa sexualité sont une forme de maltraitance organisationnelle. L'âgisme peut également être une forme de maltraitance faite par le personnel soignant,

mais aussi par la famille. En fait, ceux-ci peuvent porter des préjugés vis-à-vis la sexualité de l'aîné en lien avec l'âge de celui-ci (Ministère de la Famille, 2017).

Finalement, en 2017, le gouvernement du Québec a mis en place une loi rendant le signalement obligatoire en centre d'hébergement de soins de longue durée (au sens de la LSSSS) lorsqu'il y a maltraitance envers un aîné, ce qui inclut les deux types de maltraitance expliqués ci-haut. En fait, la loi stipule que l'obligation de signaler concerne :

Tout prestataire de services de santé et de services sociaux ou tout professionnel au sens du Code des professions (chapitre C-26) qui a un motif raisonnable de croire qu'une personne est victime d'un geste singulier ou répétitif ou d'un défaut d'action appropriée qui porte atteinte de façon sérieuse à son intégrité physique ou psychologique (Turenne, 2019 : 56).

Ces lois et politiques ont été mises en place par l'État dans le but de faire respecter les droits des aînés. Cependant, il est possible de croire que ce n'est pas suffisant pour faire respecter les droits d'intimité, d'identité et de dignité des aînés en milieu d'hébergement.

1.3 Cadre conceptuel

Pour soutenir la conception et le déroulement de l'étude, deux cadres conceptuels ont été choisis. Le premier se base sur le cadre conceptuel de *Vieillir en santé*¹⁵. Ce cadre présente une approche écosystémique du vieillissement et de la santé. Il permet de mettre en évidence le caractère multifactoriel du vieillissement. Il donne également une place importante aux différents déterminants de la santé de l'aîné. Le cadre de *Vieillir en santé* permet également de tenir compte des aspects positifs et négatifs du vieillissement. Il permet aussi d'orienter les interventions de tous les acteurs concernés autour d'une vision écosystémique. Ce cadre permet également de mettre en évidence chacun des

¹⁵ Figure 15 du document : Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel.

systèmes et de démontrer l'interaction entre eux afin de mieux circonscrire les éléments importants touchant aux situations d'intimité sexuelle chez l'ainé comme les valeurs à privilégier et les conséquences chez l'ainé de vieillir avec le droit de vivre sa sexualité. Le concept central du cadre conceptuel choisi est *vieillir en santé*. Dans le cadre de de cette étude, le concept central est devenu *vivre sa sexualité en milieu d'hébergement*.

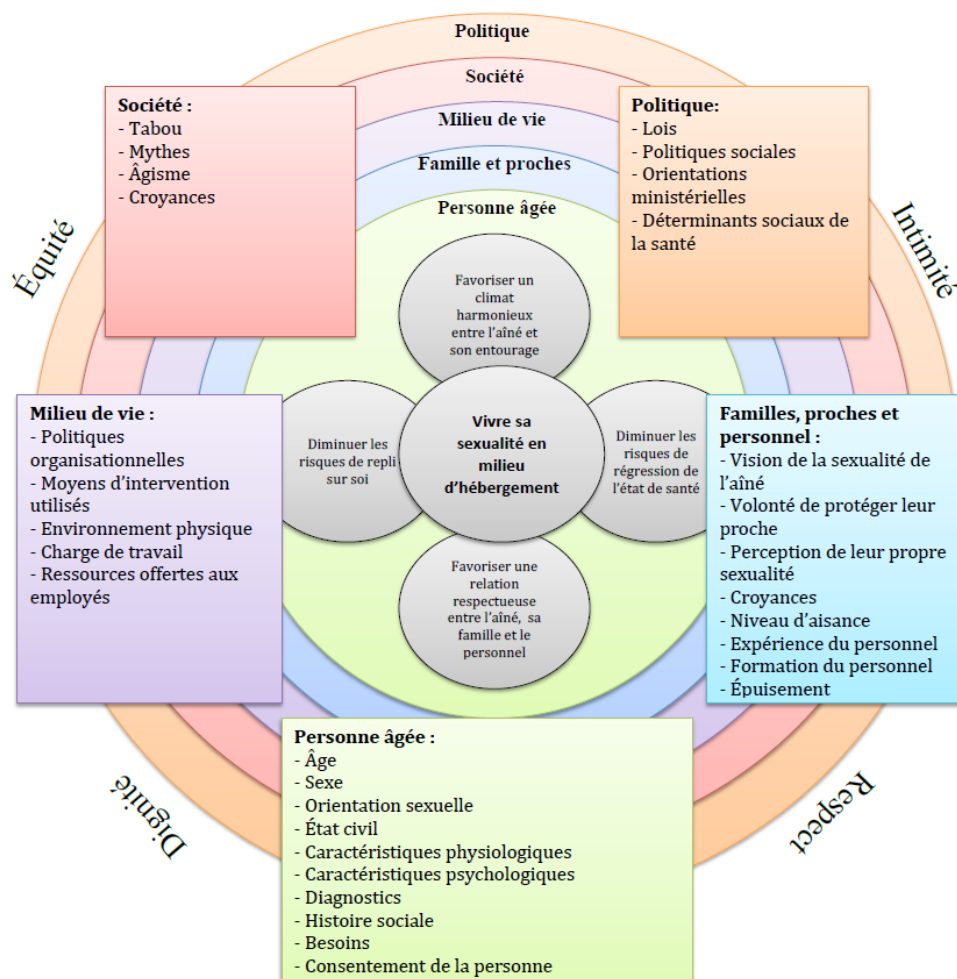


Figure 1 : Cadre conceptuel basé sur le cadre de Vieillir en santé

Le cadre proposé se base sur une approche écosystémique de la sexualité des aînés. Il a été construit à partir de la documentation suivante : Colson, 2007; Séguin-Brault, 2015; Conseil des aînés, 2004; Conseil des aînés, 2010; Dubé, 2006; Lamy et

coll., 2013; Plouffe et Plamondon, 1989; Thibaud et Hanicotte, 2007; Dupras, 2007; Devos, 2012; Dupras et Soucis, 2008; Asemblée nationale du Québec, 2013; Trudel, 2005; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003; Badeau et Bergeron, 1991.

Le cadre conceptuel a été adapté afin de mettre de l'avant les différents éléments pouvant influencer le jugement, la prise de décision et les moyens d'interventions du personnel face à une situation d'intimité sexuelle chez les aînés. Il englobe les éléments tant sur le plan micro que macro. En effet, il expose les éléments reliés à la société, ceux provenant du politique, ceux du milieu de vie de l'aîné, ceux reliés à la famille et aux proches ainsi que les éléments propres à l'aîné lui-même (Cardinal et al., 2008). Les éléments que l'on retrouve en lien avec la société sont les mythes, le tabou de la sexualité de l'aîné, l'âgisme et les croyances de la société qui comprend par exemple, le mythe véhiculé par la société qu'il n'y a plus de désir sexuel pour les femmes lorsqu'elles atteignent la ménopause. Les éléments reliés au politique incluent les lois, les orientations ministérielles, les politiques sociales et les déterminants sociaux de la santé, par exemple, les politiques et lois qui entourent les milieux d'hébergement comme la LSSSS. Concernant les éléments associés au milieu de vie de l'aîné, il s'agit des politiques organisationnelles, des moyens d'intervention utilisés, de l'environnement physique, du manque de temps, de la charge de travail trop grande et des ressources offertes aux employés. Par exemple, les chambres semi-privées, les portes qui ne se verrouillent pas et l'approche milieu de vie sont considérés dans les éléments reliés au milieu de vie. Les éléments en lien avec les familles et les proches sont la vision de la sexualité de l'aîné, la volonté de protéger leur proche, la perception de leur propre sexualité, les croyances, le niveau d'aisance, l'expérience du personnel, la formation du personnel et l'épuisement. Pour exemple, une perception négative de la sexualité de

l'aîné ou un manque de formation et connaissances sont des éléments associés aux éléments de la famille et des proches. Finalement, les éléments reliés à l'aîné sont l'âge, le sexe, l'état civil, les caractéristiques physiologiques, les caractéristiques psychologiques, les diagnostics, l'histoire sociale, les besoins et le consentement. Les TNC et les handicaps physiques par exemple, font partie des éléments associés à l'aîné.

Le cadre conceptuel met également en premier plan les différentes valeurs centrales entourant les orientations ministérielles et politiques reliées aux différents milieux d'hébergement, soit l'équité, l'intimité, la dignité et le respect. Ces valeurs devraient être au cœur de toutes interventions faites auprès des aînés selon le MSSS (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2003; Assemblée nationale du Québec, 2013).

Ce cadre expose aussi les différentes conséquences chez l'aîné d'avoir le droit de vivre sa sexualité, c'est-à-dire de favoriser une relation respectueuse entre l'aîné, sa famille et le personnel, diminuer le risque de repli sur soi, favoriser un climat harmonieux entre l'aîné et son entourage et diminuer les risques de régression de l'état de santé de l'aîné (Holstensson et Rioufol dans Séguin-Brault, 2015).

Le deuxième cadre conceptuel choisi est le modèle d'aide à la décision d'Ottawa. Ce cadre conceptuel a été développé pour préparer les différents acteurs (usager ou professionnel) à la prise de décision partagée et pour orienter la réalisation des interventions (Institut de recherche de l'hôpital d'Ottawa, 2015). Il est défini par trois sphères : « les déterminants de la prise de décision, les interventions visant à soutenir la prise de décision et l'évaluation de la qualité du processus ainsi que des issues décisionnelles » (Légaré, 2009 : 290).

Modèle d'aide à la décision d'Ottawa

Évaluation des besoins (Éléments déterminants de la décision)	Fourniture de l'aide à la décision	Évaluation
<p>Perceptions de la décision connaissances attentes valeurs conflit décisionnel étapes de la prise de décision prédisposition</p> <p>Perception des autres perception des opinions et des pratiques des autres soutien pressions rôles dans la prise de décision</p> <p>Ressources nécessaires à la prise de décision <u>Personnelles</u> expériences antérieures confiance en soi motivation aptitudes à la prise de décision <u>Extérieures</u> soutien (informations, conseils, aide morale, matérielle, financière, professionnelle) des réseaux et organismes d'aide sociale</p> <p>Caractéristiques client: âge, sexe, situation de famille, niveau d'instruction, occupation, culture, résidence, diagnostic médical et pronostic, état de santé praticien: âge, sexe, études, spécialisation, culture, situation du cabinet, expérience, style de counseling</p>	<p>Fourniture d'un accès aux informations:</p> <ul style="list-style-type: none"> • état de santé • options • résultats • opinions et choix des autres <p>Réajustement des attentes pour les résultats</p> <p>Clarification des valeurs personnelles pour les résultats</p> <p>Fourniture de conseils et de soutien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • étapes de la prise de décision • communication avec les autres • gestion de la pression • accès au soutien et aux ressources 	<p>Prise de la décision diminution du niveau de conflit décisionnel connaissances améliorées attentes et normes réalistes valeurs claires accord entre valeurs et choix mise à exécution de la décision satisfaction de la prise de décision</p> <p>Résultat de la décision persévérance dans l'application du choix amélioration de la qualité de vie diminution de la détresse diminution des regrets utilisation éclairée des ressources</p>

Copyright O'Connor 1998

Figure 2 : Modèle d'aide à la décision d'Ottawa.

La première sphère expose les différentes perceptions liées à la décision, par exemple les connaissances, les attentes, les valeurs, le conflit décisionnel, etc. Elle considère également les perceptions des autres comme les pressions et le soutien reçu. Elle prend aussi en compte les ressources au niveau interne et externe nécessaires à la prise de décision telles que l'expérience antérieure, la confiance en soi, le soutien des réseaux et organismes, etc. Enfin, cette sphère prend en considération les différentes caractéristiques de l'utilisateur et l'intervenant. Pour ce qui est de la deuxième sphère, elle inclut l'accès à l'information entourant la situation sur laquelle une décision doit être prise. De plus, elle implique un réajustement des attentes et une clarification des valeurs personnelles. Finalement, elle suppose l'accès aux conseils et à du soutien pour que la

personne puisse gérer la pression, connaître les étapes de la prise de décision, etc. Quant à la troisième sphère, elle se consacre aux résultats internes et externes de la décision comme l'adéquation entre les valeurs et le choix, la satisfaction de la prise de décision, la diminution des regrets, l'amélioration de la qualité de vie, etc. (Institut de recherche de l'hôpital d'Ottawa, 2015)

Ce cadre a été choisi, car il permet de mettre en perspective les différents éléments qui sont pris en compte lors du processus de réflexivité menant à la décision des intervenants dans différentes situations. Ce cadre permet également d'appuyer certains éléments se retrouvant dans le premier cadre conceptuel décrit ci-haut. Les deux cadres conceptuels sont donc complémentaires. Le cadre conceptuel du Modèle d'aide à la décision d'Ottawa permet d'explicitier les différentes étapes et éléments pris en compte lors d'une prise de décision dans les différentes situations vécues. Tandis que, le cadre conceptuel de Vieillir en santé expose les différents éléments pouvant influencer la décision des intervenants précisément dans des situations d'intimité sexuelle des aînés en milieu d'hébergement.

1.4 Question de recherche

À la suite de la recension des publications scientifiques, professionnelles et gouvernementales, les différentes pratiques utilisées par les intervenants et ce qui influence leurs pratiques ont été peu explorées. De ce fait, cette étude tentera de répondre à la question suivante : Quels éléments influencent la prise de décision des intervenants dans une situation d'intimité sexuelle chez les aînés vivant en milieu d'hébergement?

1.5 Objectifs

L'objectif général de l'étude est donc d'identifier les différents éléments qui influencent la prise de décision des intervenants dans les situations d'intimité sexuelle des aînés en milieu d'hébergement. À partir de cet objectif général, deux objectifs spécifiques ont été établis : 1) Explorer les éléments pris en compte par les intervenants lorsqu'ils doivent agir dans les situations d'intimité sexuelle des aînés en milieu d'hébergement. 2) Expliciter la pratique des intervenants en milieu d'hébergement dans les situations d'intimité sexuelle des aînés.

CHAPITRE II : METHODOLOGIE

2.1 Recherche exploratoire qualitative

Le type de recherche qui a été choisi est de type exploratoire qualitative. En fait, une recherche exploratoire vise à étudier des sujets étant moins documentés. Celle-ci peut amener des hypothèses et mieux définir une problématique (Létrilliart et al., 2009). La recherche qualitative est une « recherche qui met l'accent sur la compréhension, et qui repose sur l'interprétation des phénomènes à partir des significations fournies par les participants » (Fortin, 2010 dans Beaulieu, 2017 : 16). Dans le cadre de cette étude visant à identifier les différentes pratiques utilisées en milieu d'hébergement qui permettent ou restreignent l'expression de la sexualité des aînés, il s'agit d'un sujet qui a été peu exploré en recherche. Étant donné le nombre limité d'études à ce sujet, la recherche de type exploratoire était la méthode priorisée pour approfondir les connaissances sur ce sujet nouveau.

2.2 Collecte de données

Pour ce qui est de la collecte de données, la méthode priorisée a été l'entrevue individuelle semi-directive via la plateforme Zoom. Les entrevues n'ont pas été faites en présentiel considérant le contexte de pandémie actuel. L'entrevue individuelle peut amener certains biais, dont la désirabilité sociale. Le biais de désirabilité sociale est surtout présent lorsqu'il y a la présence d'un meneur d'entrevue. Les réponses du participant peuvent être motivées par le besoin de présenter une belle image et de démontrer que son comportement répond aux attentes de la société (Butori et Parguel, 2012). Des consignes ont donc été données avant de débiter l'entrevue pour limiter ce biais. Il a été expliqué aux participants qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Il a aussi été spécifié aux participants que le but des questions était, tout d'abord, un partage d'expériences et d'opinions pour comprendre leur raisonnement et leurs interventions. Un rappel a également été fait concernant la confidentialité des réponses données lors de l'entrevue. L'entrevue a été réalisée sur la base de quatre vignettes différentes (Voir Annexe I). Nous avons nous-mêmes construit les vignettes cliniques en me basant sur des situations vraisemblables tirées de mon expérience professionnelle, de celle de mes collègues et de la littérature. Les vignettes présentaient quatre situations d'intimité sexuelle avec des variations dans le but de distinguer à partir de quel moment le jugement, la décision où le comportement des participants se modifie et de distinguer quels éléments influencent le plus les interventions. Une situation de base fut présentée aux participants. Par la suite, des éléments ont été ajoutés jusqu'à six reprises pendant l'entrevue en fonction du cadre conceptuel (Voir Annexe II, V, VI, VII). Cette façon de faire permettait de mieux cibler quels sont les éléments du cadre qui

influencent les pratiques utilisées. Un prétest des vignettes a été fait pour vérifier la compréhension et la forme des vignettes.

En fait, les vignettes cliniques servent à reproduire des situations authentiques de la pratique des divers professionnels. Il s'agit d'une mise en situation qui met de l'avant des comportements et des éléments se rapprochant de la réalité terrain, mais qui est simulée (Bos-Touwen, Trappenburg et al., 2017; Maeland et al., 2016; Jörg et al., 2006; Cazale et al., 2006). Il existe différents types de vignettes. Elles peuvent être écrites et être présentées lors d'une entrevue ou d'un questionnaire ou elles peuvent être faites sous forme de vidéo (Bos-Touwen, Trappenburg et al., 2017; Maeland et al., 2016; Jörg et al., 2006). Par ailleurs, elle est surtout utilisée dans les recherches pour vérifier les différentes intentions d'intervention, déceler la variabilité entre les différents intervenants et déterminer les éléments qui influencent la décision d'un intervenant (Bos-Touwen, Trappenburg et al., 2017; Maeland et al., 2016; Jörg et al., 2006).

En fait, Cazale explique que « la vignette constitue une stratégie valide et fiable pour documenter les pratiques professionnelles » (Cazale et al., 2006 : 408). En effet, étant donné que tous les participants se sont prononcés sur la même situation, cela contribue à augmenter la validité interne de l'étude (Bos-Touwen, Trappenburg et al., 2017; Maeland et al., 2016; Jörg et al., 2006; Cazale et al., 2006). De plus, la vignette clinique considère la complexité du phénomène à l'étude. En entrevue, la vignette permet également de récolter beaucoup d'informations en peu de temps contrairement à une entrevue standard puisque les questions sont précises et concernent une situation donnée et pas seulement axées sur l'expérience vécue du participant (Cazale et al., 2006). Elle permet aussi au chercheur d'avoir un certain contrôle sur des caractéristiques importantes d'une situation pour l'étude et d'introduire certains éléments au moment

voulu. Par ailleurs, le chercheur peut augmenter le niveau de complexité d'une situation, ce qui lui permet ensuite d'identifier à quel moment le jugement, la décision ou le comportement de l'intervenant change (Bos-Touwen, Trappenburg et al., 2017; Maeland et al., 2016; Jörg et al., 2006; Cazale et al., 2006).

Toutefois, il faut s'assurer de certaines conditions dans l'utilisation de la vignette afin d'éviter des écueils. Une attention particulière doit être portée à la conception de la vignette pour éviter d'insinuer la réponse voulue et éviter la désirabilité sociale. De ce fait, la vignette doit être écrite de façon factuelle de sorte que les participants répondent selon leurs intentions et non selon ce qu'ils croient être la bonne réponse (Cazale et al., 2006).

Dans le cadre de cette étude, il était pertinent d'utiliser la vignette clinique puisque l'un des objectifs est d'identifier quels moyens d'interventions seraient utilisés par le personnel dans une situation donnée. Il peut être moins confrontant pour les participants de répondre à l'aide de mises en situation et non à partir de situations dans lesquelles ils ont dû intervenir. Cette façon de faire peut diminuer le risque de fausser les données en réduisant la crainte des participants de se faire juger sur leurs interventions. De plus, la vignette clinique peut placer le participant dans une situation moins difficile lorsqu'il s'agit d'identifier des éléments qui influencent leurs interventions, car le participant à l'étude n'est pas situé dans son milieu d'intervention habituel, mais plutôt dans une situation fictive et plus neutre. Dans le cas de cette étude, il était d'autant plus pertinent d'utiliser la vignette pour répondre à cet objectif, car en intégrant différents éléments au moment voulu, nous pouvions mieux identifier les éléments qui influencent les interventions des intervenants (Cazale et al., 2006).

Un canevas d'entrevue a été élaboré et intégré directement dans les vignettes (Voir Annexe I). Le type d'entrevue semi-dirigée avec des questions ouvertes a été privilégié. Les mêmes questions ont été posées pour chaque participant, et ce, peu importe leur titre d'emploi. Les questions posées étaient les mêmes pour les quatre vignettes. Une dernière question fut posée à tous les participants à la suite des vignettes cliniques qui consistait à les amener à réfléchir à une situation vécue et les interventions qu'ils ont mises en place à ce moment. Lors de l'entrevue, trois niveaux de prise de conscience ont été abordés. Le premier niveau concerne la réaction du participant avec la question Comment réagissez-vous? Le deuxième niveau vise le raisonnement professionnel, donc ce que les participants sont censés savoir. Le troisième niveau permet au participant de réfléchir à la négociation qu'il doit faire entre sa réaction instinctive et ses responsabilités professionnelles.

Une précaution fut prise lors de l'entrevue pour éviter que le participant justifie ses actions. En fait, l'explicitation des pratiques a été faite à partir du raisonnement des participants en se basant sur la réflexion qui a amené l'action plutôt que sur la justification de l'action. Les questions de relance furent inspirées de l'entretien d'explicitation de Vermersch (Couturier, 2016; Balas-Chanel, 2002). Par exemple, dans la formulation des questions, l'adverbe **comment** a été utilisé pour savoir de quelle manière, par quel moyen l'intervenant arrive à penser ou à faire au lieu de l'adverbe **pourquoi** qui amène l'intervenant à dire pour qu'elle raison il pense ou agit d'une certaine manière, donc se justifier, ce qui est à éviter. Considérant que nous n'avions pas eu la formation nécessaire et que nous n'étions pas accréditées pour réaliser un entretien d'explicitation, nous avons rencontré une formatrice accréditée et nous avons fait des

lectures pour nous préparer à mener des entretiens inspirés de l'explicitation de Vermersch.

La méthode de sélection de l'échantillon s'est faite par choix raisonné puisque les participants devaient répondre à des critères précis (Fortin, 1996). Les participants étaient sélectionnés à partir de critères d'inclusion et d'exclusion. Pour ce qui est des critères d'inclusion, les participants devaient être un employé des services de santé et services sociaux. De plus, l'employé devait travailler en milieu d'hébergement depuis au minimum un an. Le participant devait aussi être préposé aux bénéficiaires, infirmier, infirmier auxiliaire ou travailleur social et travailler auprès d'une clientèle âgée de 65 ans et plus avec un profil gériatrique depuis au minimum deux ans. Une année d'expérience minimum d'un an a été demandée puisque les participants devaient avoir eu à intervenir dans des situations d'intimité sexuelles chez les aînés dans un milieu d'hébergement. De plus, une expérience d'un an était requise puisque nous souhaitions que les participants aient une bonne connaissance de la clientèle gériatrique. Nous avons choisi d'inclure différentes professions dans l'étude pour nous permettre d'avoir une plus grande diversité de points de vue. Considérant que la formation fait partie des éléments pouvant influencer les interventions, avoir différentes formations permettait de valider ou non cet élément. Pour ce qui est des critères d'exclusion, les personnes qui s'étaient fait confier un remplacement à très court terme (trois mois et moins) et les étudiants en stage ne pouvaient pas participer à l'étude. Les personnes ayant un remplacement à très court terme ne pouvaient pas participer à l'étude, car nous considérons qu'il s'agissait d'un court délai pour être intervenu dans différentes situations d'intimité sexuelle chez les aînés. Pour ce qui est des étudiants en stage, ils ne pouvaient pas participer à l'étude puisque certains n'ont pas terminé tous les cours de

leur programme et qu'ils ont très peu ou pas d'expérience. Considérant que l'expérience professionnelle et la formation sont des éléments pouvant influencer les interventions, il était préférable que les personnes aient un minimum d'expérience et aient complété leur formation.

Le nombre de participants visé pour l'échantillon était de 12 à 15 participants. Nous souhaitions avoir environ trois participants pour chaque profession (préposé, travailleur social et infirmier). Ainsi, une meilleure diversité des points de vue était souhaitée. De plus, le nombre de participants a été décidé en considérant qu'il s'agit d'une recherche de type exploratoire et d'un projet de maîtrise. En recherche qualitative, il n'y a pas de nombre spécifique d'entrevues que le chercheur doit réaliser. La collecte de donnée se dit suffisante lorsqu'il y a une saturation des données recueillies (Mayer et al., 2000; Fortin, 1996). Considérant que nous n'avons pas trouvé de règles claires d'échantillonnage dans la documentation consultée en ce qui a trait le nombre de participants à recruter par vignettes, l'échantillon était de convenance. La présente étude était pertinente dans tous les milieux d'hébergement (RPA, RTF, RI, CHSLD) étant donné qu'il y a différents enjeux en lien avec les situations d'intimité sexuelle dans tous les milieux. Dans le cadre de l'étude, les CHSLD ont été priorisés pour effectuer les entrevues étant donné les défis supplémentaires que ces milieux peuvent entraîner. En fait, les aînés se retrouvant en CHSLD ont une plus grande perte d'autonomie et sont plus vulnérables. Il y a également beaucoup de questionnements de la part du personnel en CHSLD concernant les situations d'intimité sexuelle des aînés dans ce milieu. De plus, les écrits se concentrent davantage sur les CHSLD que sur les autres milieux dans ces situations. Pour recruter les participants, nous avons sollicité le CIUSSS de l'Estrie-CHUS et différentes installations du Groupe Champlain. Le Groupe Champlain est

composé de treize CHSLD privés conventionnés. Les CHSLD privés et conventionnés sont similaires à ceux publics, car les deux types d'établissements offrent les mêmes services et sont soumis aux normes et règlements du MSSS. Les coûts des chambres et services sont également les mêmes pour les deux types d'établissements. La différence se situe sur le plan administratif et la gestion de l'immeuble.

Afin de rejoindre toutes les personnes susceptibles de répondre aux critères, différentes méthodes de recrutement ont été utilisées. Tout d'abord, un courriel était acheminé aux gestionnaires pour que ceux-ci puissent le distribuer à tous les membres de leur équipe. Une affiche était également transmise aux gestionnaires pour que ceux-ci puissent les afficher dans les postes de travail, près des postes téléphoniques. Nous ne pouvions avoir la certitude que les gestionnaires ne feraient pas de sélection dans le recrutement et qu'ils diffuseraient l'information à tout le personnel concerné. Toutefois, une sensibilisation a été faite auprès des gestionnaires sur l'importance d'informer tout le personnel.

Les entrevues étaient d'une durée approximative de 90 minutes chacune et un questionnaire sociodémographique d'une durée de cinq minutes devait être rempli par le participant (Annexe VI). Elles ont eu lieu sur les heures de travail du participant si son gestionnaire le permettait ou en dehors des heures de travail. Les entrevues se faisaient via la plateforme ZOOM. Les bandes audios ont été conservées sur OneDrive et les entrevues transcrites ont été conservées dans un classeur verrouillé à l'Université de Sherbrooke dans le bureau de la directrice du mémoire, Nathalie Delli-Colli. Tous les documents recueillis lors de cette étude seront conservés pendant une période de cinq ans et seront détruits par la suite.

2.3 Modalité de traitement et d'analyse des données

Pour débiter l'analyse des données, le codage thématique a été utilisé. Le codage utilisé était axé sur des concepts du cadre conceptuel. La méthode d'analyse des données était donc déductive puisque les données étaient analysées selon ce qui a été constaté dans la littérature (Mayer et al., 2000). Il y avait également une partie de l'analyse qui était inductive puisque les entrevues faisaient ressortir certains éléments absents dans le cadre conceptuel (Mayer et al., 2000). Certains éléments ont donc été ajoutés selon les données recueillies. Une certaine partie des entrevues a été co-codée par un membre de l'équipe de la Pre Delli-Colli. Le co-codage est utilisé pour assurer une meilleure fiabilité des résultats. Ainsi, les différences entre les codeurs peuvent être vérifiées et analysées (Bourgeois, 2016). Des tableaux ont été utilisés pour appuyer le codage et permettre ainsi une meilleure objectivité à l'analyse des résultats.

Une analyse explicative des résultats a été effectuée. Les différents liens ont été faits entre les résultats obtenus et les éléments. Par ailleurs, l'analyse des données a été effectuée à partir du codage. Cela a permis d'analyser seulement les résultats pertinents dans le cadre de cette étude. Les vignettes présentaient des éléments différents d'une vignette à l'autre. Les éléments n'étaient pas amenés dans le même ordre et il n'y avait pas la même quantité d'éléments pour chacune des vignettes. L'analyse n'avait donc pas pour but de comparer les vignettes entre elles, mais plutôt de valider si certains contextes amenaient les gens à être plus ou moins à l'aise que d'autres. L'analyse permettait également de mettre en évidence les éléments ayant une influence plus importante sur les interventions. Donc, à partir des vignettes qui représentaient des situations réelles d'interventions, il était possible d'identifier les éléments pris en compte par les intervenants notamment grâce aux éléments qui étaient intégrés progressivement à la

vignette de base. Les pratiques des intervenants pouvaient être explicitées à l'aide des résultats obtenus à la première question posée pour chaque vignette et aux réponses obtenues lors de l'ajout d'éléments et lorsque le participant abordait une situation vécue. Malgré le fait que les vignettes étaient basées sur des situations réelles qui n'ont pas été vécues spécifiquement par les intervenants, nous étions en mesure d'explicitier les interventions que les participants feraient dans des situations similaires dans le cadre de leur travail.

2.4 Considérations éthiques

Un formulaire d'informations et de consentement a été distribué à chaque participant (voir Annexe VII). Celui-ci a été lu avec le participant et signé par ce dernier avant de débiter l'entrevue. Le formulaire expliquait le projet de recherche, les différents objectifs de l'étude, le niveau de participation au projet demandé à la personne, les bénéfices et inconvénients de participer au projet et les droits du participant concernant le désistement au projet. En fait, les participants ont été avisés qu'ils pourront se retirer de l'étude à tout moment lors du processus, et ce, sans en justifier la raison. La confidentialité est également un élément qui a été abordé dans le formulaire d'informations et de consentement. Celle-ci a donc été abordée avec les participants pour leur assurer une confidentialité au niveau des informations transmises. Il leur a été spécifié que les informations utilisées ne pouvaient pas permettre de les identifier et que les résultats pouvaient être utilisés pour des publications découlant de l'étude tout en préservant la confidentialité des participants. Un mécanisme a été mis en place pour permettre aux participants de se confier si l'entrevue leur faisait prendre conscience de certains aspects concernant leur pratique actuelle ou passée. Ainsi, il leur

a été possible de se confier à nous à la suite de l'entrevue. Si toutefois leur besoin était plus important, il était possible de référer les participants à un autre professionnel ou au programme d'aide aux employés.

CHAPITRE III : RESULTATS

3.2 Le déroulement

La collecte de données s'est effectuée de mars à juin 2021. En raison des difficultés entraînées par la pandémie dans les CHSLD, il a été impossible de recruter des membres du personnel infirmier considérant le manque trop important de personnel, l'absence de disponibilité pour participer à des projets de recherche pour ceux et celles qui sont au travail et leur épuisement. Par ailleurs, la pandémie a freiné les recherches dans les CHSLD publics en Estrie. En effet, les projets déposés pour étude au comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS ont été mis en pause puisqu'il était impossible d'obtenir la convenance institutionnelle en temps d'urgence sanitaire. Le recrutement s'est concentré dans le réseau des CHSLD privés conventionnés. Nous avons eu accès seulement à cinq des treize CHSLD du Groupe Champlain.

3.1 L'échantillon

Compte tenu des difficultés d'accès au terrain, tel que décrit précédemment, nous avons été en mesure de recruter que cinq participants.¹⁶ De ces cinq participants, il y a quatre femmes et un homme issu de différentes disciplines, soient travailleur social, psychoéducateur et préposé aux bénéficiaires. L'âge moyen de l'échantillon est de 37,4 ans. L'expérience professionnelle moyenne dans leur discipline respective est de 13 ans

¹⁶ Il n'était d'ailleurs pas possible d'envisager de faire une seconde phase de collecte de données compte tenu de ma grossesse.

et l'expérience professionnelle moyenne en centre d'hébergement avec la clientèle aînée est de 11,6 ans. Les participants proviennent de cinq centres d'hébergement de soins et de longue durée différents (Voir Annexe VIII).

3.3 Les données empiriques

Les résultats sont présentés de manière à identifier les réponses empiriques aux deux objectifs de l'étude. Les différentes vignettes utilisées lors des entrevues (Annexe I) permettent de catégoriser les résultats. De plus, la dimension du cadre conceptuel *Famille, proches et personnel* a été divisée en deux dimensions pour permettre une vision plus juste des résultats, soit une dimension *Famille et proches* et une dimension *Personnel*. Pour finir, des situations rapportées par les participants seront présentées.

3.3.1 Vignette 1

Les éléments d'influence

Rappelons d'abord que le premier objectif visait à explorer les éléments pris en compte par les intervenants lorsqu'ils doivent agir dans les situations d'intimité sexuelle des aînés en milieu d'hébergement. La première vignette clinique qui leur a été présentée faisait ressortir des éléments du cadre conceptuel se rapportant à la dimension politique, au milieu de vie, à la famille et aux proches et de la personne âgée (Voir Annexe II).

Les dimensions pouvant avoir un effet sur la prise de décision des participants sont la dimension politique, le milieu de vie, la personne aînée, la famille et les proches et le personnel. Toutefois, les trois dimensions les plus importantes sont celles du milieu de vie, de la personne aînée et du personnel (Voir Annexe IX).

Thème 1 Politique

Dans la dimension politique, les éléments d'influence nommés par les participants sont les orientations ministérielles et les droits de la personne. En fait, un seul participant a abordé l'approche milieu de vie faisant partie des orientations ministérielles en CHSLD : « Ils sont dans leur milieu de vie, fait qu'on essaie le plus possible de les accommoder » (PAB_EXP18_002).

Les droits de la personne ont été soulevés seulement par les deux intervenants psychosociaux (travailleur social et psychoéducateur) : « [...] puis également qu'ils ont leurs droits et libertés. S'ils sont tous les deux consentants, ils ont droit à leur vie sexuelle aussi, puis à leur intimité. C'est sûr, ça, ça influencerait ma décision » (PSY_EXP10_001).

Thème 2 Milieu de vie

Dans la dimension du milieu de vie, les éléments ayant eu un effet sur la prise de décision des participants sont les politiques organisationnelles, les ressources et soutien offert aux employés et l'environnement physique. Les politiques organisationnelles peuvent guider la majorité des participants dans leur prise de décision :

Je sais qu'ils sont en train, en ce moment, de mettre en place une politique pour clairement répondre aux besoins sexuels des personnes âgées à Groupe Champlain. Ils sont vraiment en train de mettre ça en place, puis c'est sûr que ça j'en prendrais connaissance aussitôt que ça va être sorti, ça influencerait ma décision. Mais sinon, ça serait vraiment, bon, avec les valeurs de l'organisation (PSY_EXP10_001).

Les ressources offertes aux employés incluent notamment l'apport du travail d'équipe. L'ensemble des participants ont nommé qu'il se référerait soit à l'infirmière ou à l'équipe multidisciplinaire pour prendre une décision dans ce type de situation : « Ça serait de me référer à l'infirmière sur qu'est-ce qu'on fait un petit peu dans un cas comme ça » (PAB_EXP6_005); « Probablement je demanderais à l'infirmière de peut-

être cédule une rencontre ponctuelle pour qu'on discute en équipe de la situation, puis de si on peut mettre ça en place » (PSY_EXP10_001). Cet élément inclut également l'utilisation de la grille de délibération éthique de l'ordre professionnel qui a été amenée par un participant comme pouvant avoir une influence sur ses interventions.

L'environnement physique a été évoqué par la majorité des participants en raison de la sécurité des deux personnes qui doit être assurée en ce qui a trait, par exemple, au positionnement des lits dans la chambre et l'espace restant pour circuler :

Il faudrait juste avoir les bonnes techniques pour le transfert, puis la manière que ça va se passer. [...] Coller deux lits, est-ce que le côté sécurité nuit? S'il y a une urgence, l'ambulance peut pas passer, t'as des facteurs qu'il faut évaluer avant de coller deux lits ensemble (PAB_EXP18_002).

Thème 3 Personne âgée

Dans la dimension de la personne âgée, les éléments d'influence ayant été soulevés sont l'âge, les diagnostics, l'histoire sociale, les besoins de la personne et le consentement. Le diagnostic de la personne influence tous les participants :

C'est sûr que le trouble neurocognitif de type vasculaire, on va quand même en tenir compte dans le sens que si on voit que son état se dégrade, c'est quand même une maladie dégénérative, donc on va faire particulièrement des suivis pour s'assurer qu'elle est toujours consentante au fil du temps. Donc encore plus longuement [...] (PSY_EXP10_001).

L'histoire sociale de la personne est également considérée par la majorité des participants dans leur prise de décision :

J'irais peut-être juste valider un petit peu le fils ouvert là-dessus. Il a eu plusieurs conjointes, mais est-ce que ça a toujours été dans un contexte de consentement de part et d'autre? Volontaire? C'est sûr que je vais lui dire mettons qu'il avait eu cinq conjointes qui étaient toutes des dames avec des troubles cognitifs sévères qui étaient plus capables de s'exprimer. Là c'est sûr que là ça me sonnerait peut-être une sonnette d'alarme. Que Monsieur prendrait quasiment de façon délibérée des femmes plus vulnérables, tout ça (TS_EXP9_003).

Le besoin de la personne a été discuté par trois participants comme étant un élément qui avait un impact sur les interventions mises en place : « Moi, mon objectif est de voir aux besoins de ma clientèle. Donc si c'est ce qu'ils veulent, oui, on va leur apporter ce besoin-là » (PAB_EXP22_004).

Le consentement de la personne est considéré dans la prise de décision de tous les participants : « Ça serait plus à demander aux infirmières, à quelqu'un de plus haut si je peux faire ça, parce qu'on sait pas, peut-être que la Madame, elle se sent obligée ou il y en a un des deux qui se sent obligé » (PAB_EXP18_002).

Seul un participant a considéré l'âge des deux personnes dans la situation d'intimité : « 87 ans, 89 ans, ils veulent dormir dans le même lit, bin... pourquoi pas? Pourquoi pas? Oui... » (PAB_EXP22_004).

Thème 4 Famille et proches

Dans la dimension de la famille et des proches, un seul élément d'influence a été mentionné par les participants, soit le rôle de la famille et des proches dans la prise de décision, ce qui inclut l'opinion des proches concernant la situation d'intimité. Le rôle de la famille et des proches dans la prise de décision oriente la majorité des participants dans leur prise de décision : « Dans mon cas, je refuserais. Surtout le fait qu'il y ait un des enfants qui n'était pas d'accord. Que la dame elle avait des troubles cognitifs aussi, fait que ça pourrait occasionner comme des pertes de mémoire, ça pourrait être une agression » (PAB_EXP6_005); « C'est sûr que je tiens compte du réseau, c'est sûr, dans mon intervention, mais en même temps des droits puis des besoins de la personne » (TS_EXP9_003).

Thème 5 Personnel

Dans la dimension du personnel, le niveau d'aisance, les expériences antérieures et les croyances et valeurs personnelles ont agi sur la prise de décision. Dans la majorité des cas, les participants ayant déjà vécu une situation similaire à la vignette semblent être plus à l'aise d'intervenir dans de telles situations :

Si c'est possible, on peut le mettre dans la même chambre. C'est déjà arrivé, j'ai déjà vécu ça dans le passé, on les installait les deux lits dans la même chambre. Si ça peut s'accommoder avec la chambre, puis si le côté sécurité comme toujours est correct. On trouve juste *cute* quand ça arrive (PAB_EXP18_002).

Au contraire, ceux n'ayant jamais vu de telles situations expriment leur malaise dans l'intervention : « [...] j'ai jamais vu ça. On dirait que je serais mal à l'aise » (PAB_EXP6_005).

Concernant les croyances et valeurs personnelles, tous les participants ont rapporté qu'il s'agissait d'un élément venant orienter leurs prises de décision dans la situation :

Ensuite, c'est ça, je pense qu'il y a quand même ses propres valeurs un peu personnelles et professionnelles, dans le sens que je veux dire, moi je suis pas... je pense que c'est un besoin de l'humain, puis c'est normal, je pense qu'il y a pas d'âge pour ça. Si eux ont envie, ils sentent le besoin à leur âge, on respecte ça (TS_EXP9_003).

Thème 6 Autres déterminants

Les valeurs de la profession et la logistique de l'intervention sont deux éléments ne faisant pas partie du cadre conceptuel et ont été soulevées par un participant :

C'est sûr qu'il y a une question de logistique qui viendrait influencer, qu'il faudrait beaucoup que je tienne dans l'intervention. Justement, est-ce que le lit il serait là tout le temps? Ou il serait là juste, mettons, l'après-midi? Mais encore là, qui va changer le lit de place, de quelle façon ça va se faire, c'est pas aussi simple que ça de changer un lit de même, j'imagine, ça va prendre du personnel (TS_EXP9_003).

Par ailleurs, la hiérarchie est un autre élément ne faisant pas partie du cadre conceptuel qui a été rapportée par un participant. Celui-ci a mentionné que les décisions concernant la situation ne seraient pas prises par lui, mais par l'infirmière en raison de son titre de préposé : « Mais ça, ça va beaucoup plus haut que moi qui prendrais la décision, le préposé » (PAB_EXP18_002).

En somme, dans la première vignette, les décisions de la majorité des participants ont été influencées par toutes les sphères incluses dans la vignette, c'est-à-dire la politique, le milieu de vie, la famille et les proches ainsi que la personne aînée. Cependant, pour la sphère politique, un seul participant a abordé les orientations ministérielles avec l'approche milieu de vie en CHSLD. Pour ce qui est des caractéristiques de la personne, le sexe et l'état civil n'ont pas eu de conséquences dans la prise de décision. L'âge a été un élément d'influence pour seulement un participant. La majorité des participants ont basé leurs décisions sur le diagnostic de la personne, le consentement et l'histoire sociale. Tous les participants ont été influencés par leurs propres croyances et valeurs personnelles. De plus, trois éléments ne faisant pas partie du cadre conceptuel ont été mentionnés, soit la logistique de l'intervention, les valeurs de la profession et la hiérarchie. Par ailleurs, trois éléments ont été soulevés seulement par les deux intervenants psychosociaux lors de la présentation de la situation initiale, soit le droit de la personne, les politiques organisationnelles et l'histoire sociale de la personne. Les déterminants ayant exercé une plus grande influence dans la prise de décision des participants sont surtout en lien avec les caractéristiques de la personne (âge, diagnostics, histoire sociale, besoins et consentement), le milieu de vie (politiques organisationnelles, ressources et soutien offert aux employés et environnement

physique) et le personnel (niveau d'aisance, expériences antérieures, croyances et valeurs personnelles). Les déterminants les moins abordés sont les plus éloignés de la situation, c'est-à-dire la politique et la société. Cependant, cela ne signifie pas qu'ils soient indépendants du processus décisionnel.

Les interventions

Le deuxième objectif de l'étude était d'explicitier la pratique des intervenants en milieu d'hébergement dans les situations d'intimité sexuelle des aînés. Pour la situation initiale de la première vignette, la majorité des participants serait en accord pour aider les deux personnes, mais procéderait à l'évaluation du consentement. Deux participants ont nommé qu'ils seraient mal à l'aise de mettre en place des interventions pour favoriser la situation d'intimité sexuelle. L'un d'entre eux a toutefois spécifié qu'il serait en accord que les deux personnes dorment dans le même lit, mais ne serait pas en accord d'apporter une aide physique pour faciliter leur intimité, par exemple, aider au transfert de la dame : « [...] de là à les aider à se coller dans le même lit ensemble... je connais pas ça. [...] Ça me rendrait mal à l'aise dans le sens où si vous voulez faire des attouchements, vous embrasser, et tout ça, c'est que vous en êtes capables » (PAB_EXP22_004). Deux préposés aux bénéficiaires ont mentionné qu'ils se référeraient à l'infirmière également pour obtenir une décision et les deux professionnels en relation d'aide ont mentionné qu'ils demanderaient une rencontre multidisciplinaire avant de mettre en place des actions. Une minorité des participants a mentionné qu'ils demanderaient l'opinion de la famille d'abord : « Je sais pas s'ils ont des répondants ou s'ils sont aptes, valider aussi, regarder avec la famille qu'est-ce qu'ils en pensent si jamais c'est la famille qui est gestionnaire, qui va vraiment s'occuper de la personne si

la personne n'est pas apte » (PSY_EXP10_001). Un participant a mentionné qu'il vérifierait que l'environnement demeure sécuritaire pour les deux personnes avant de mettre quelque chose en place :

S'il y a une urgence, l'ambulance peut pas passer, t'as des facteurs qu'il faut évaluer avant de coller deux lits ensemble. Puis on ne le sait pas, si c'est une Madame qui a tendance à sortir du côté gauche, mais que là, c'est le lit qui est là... faudrait pas que quand elle va s'endormir qu'elle se lève pour aller aux toilettes puis qu'elle est prise, là (PAB_EXP18_002).

Un autre participant a mentionné qu'il mettrait certaines interventions en place pour favoriser l'intimité des personnes :

De mettre des petits moyens, exemple quand ils sont comme ça, de s'arranger pour qu'après, s'ils ont besoin d'aide aussi, qu'ils puissent sonner, de mettre une petite pancarte à la porte pour que quelqu'un rentre pas dans la chambre, puis viennent dans leur intimité et tout ça (TS_EXP9_003).

Suite à l'ajout du premier énoncé faisant mention d'une chambre privée assez grande pour accueillir un deuxième lit, tous les participants ont décidé de maintenir leurs interventions :

Je pense que je maintiendrais mon intervention, de vraiment me référer puis de voir de tous les côtés, avec la famille, avec l'infirmière s'il y a quelque chose qui est possible. Aussi, de mon point de vue, les lits simples, coller deux lits simples, je trouverais ça un peu dangereux (PAB_EXP6_005).

Un des participants a toutefois spécifié qu'il faudrait que l'ergothérapeute fasse une évaluation pour s'assurer que la situation est sécuritaire :

Fait que c'est sûr qu'à ce niveau-là, il y a comme un enjeu de sécurité qui serait comme à voir pour placer deux lits dans une même chambre. Puis aussi au niveau de l'organisation où eux aussi accepteraient ça. [...] Fait que c'est juste d'organiser la logistique de ça, s'assurer que c'est sécuritaire, puis une fois que c'est fait puis que c'est sécuritaire, je maintiendrais mon intervention de tantôt (TS_EXP9_003).

Quant au deuxième énoncé concernant une politique du groupe Champlain, la majorité des participants a maintenu ses interventions. Toutefois, un participant a mentionné que cet aspect pourrait possiblement entraîner une modification de ses interventions « Cette politique-là est intéressante. Ça amène à réflexion. C'est un facteur qui influencerait les choses [...] Puis là, j'utiliserais vraiment peut-être plus la grille de délibération éthique en équipe » (PSY_EXP10_001). Le troisième énoncé faisait part de l'histoire sociale du monsieur concerné dans la situation. Pour la majorité des participants, cela a amené une modification ou un ajout à leurs interventions. L'un des participants explique :

Je vais modifier mes interventions parce qu'il n'a pas l'air d'un homme stable [...] Moi, mon objectif est de voir aux besoins de ma clientèle. Donc si c'est ce qu'ils veulent, oui, on va leur apporter ce besoin-là. Mais j'irais pas jusqu'à les coller ensemble. Ça, non, cette intervention-là, je me retire encore plus en sachant que Monsieur c'est des choses qu'il a l'habitude de faire (PAB_EXP22_004).

D'autres participants ont plutôt nommé qu'ils discuteraient avec le fils du monsieur pour aller chercher plus d'informations concernant l'histoire sociale et prendraient plus de temps pour discuter avec la dame pour s'assurer de son consentement.

Le quatrième énoncé, quant à lui, amenait le fait que les deux personnes étaient consentantes pour cette relation. Cet énoncé a solidifié les interventions de la majorité des participants : « C'est sûr que je parlais du consentement des deux côtés depuis le début. Donc je pense que si on a la confirmation qu'elles sont consentantes, les personnes, ça vient maintenir la décision, mes interventions » (PSY_EXP10_001).

Le cinquième énoncé ajoutait un TNC à la dame. Suite à cet énoncé, la majorité des participants ont décidé de modifier leurs interventions ou d'y amener un ajout. Trois

participants ont mentionné qu'ils ne seraient pas en accord pour favoriser la relation d'intimité entre les deux personnes :

Moi je serais pas d'accord, c'est parce qu'elle a peut-être pas toute sa tête pour comprendre ça [...] Le côté *lucidité* de la madame qui m'influencerait. Oui, elle est peut-être bien consentante, [...] elle dirait oui peut-être sur bien d'autres affaires au même niveau » (PAB_EXP18_002).

Les deux autres participants, quant à eux, ont mentionné qu'ils augmenteraient le suivi avec la dame pour s'assurer qu'elle soit vraiment consentante pour la relation et que le consentement perdure dans le temps.

Le dernier énoncé se rajoutant à la vignette rapporte que le fils de la dame n'est pas en accord avec cette relation d'intimité. Tous les participants ont décidé de maintenir leurs interventions. Deux des participants ont toutefois mentionné qu'ils contacteraient le fils pour vérifier les raisons pour lesquelles il est en désaccord et tenter de le faire changer d'avis :

C'est sûr que je voudrais le rencontrer pour explorer avec lui c'est quoi ses préoccupations, pourquoi justement il est pas en accord avec ça. [...]. J'irais vraiment explorer tout ça avec lui, pour au final essayer un petit peu... pas de le convaincre, mais vraiment de le centrer sur les besoins de sa mère, puis de lui dire que dans les faits, il ne peut pas vraiment s'opposer à ça non plus. Moi, mon évaluation, elle va dans le sens que Madame est tout à fait consentante de ça, mais dans les faits, c'est pas... je pense que son fils peut pas vraiment dire non, de vouloir qu'on fasse une intervention ayant comme effet de les séparer et qu'ils soient plus ensemble (TS_EXP9_003).

L'un d'eux a également mentionné qu'à la base, il aurait obtenu l'accord du répondant pour laisser aller la relation d'intimité. Deux autres participants ont mentionné que le consentement qui devait être pris en compte dans la situation est celui de la dame et non celui du fils : « Moi, personnellement, ça serait les parents qui prendraient le... c'est leur consentement qui serait le gagnant et non le fils qui n'est pas d'accord »

(PAB_EXP18_002). Finalement, un participant a mentionné qu'avec ce nouvel énoncé, cela venait appuyer le fait que la relation d'intimité ne devait pas avoir lieu : « Je maintiendrais les interventions, le cinquième énoncé. Dans mon cas, je refuserais. Surtout le fait qu'il y ait un des enfants qui n'était pas d'accord [...] » (PAB_EXP6_005).

En résumé, nous avons pu constater que, pour la première vignette, la majorité des participants démontrait une ouverture à la situation d'intimité sexuelle lors de la présentation de la situation initiale. Par contre, certaines interventions ont été modifiées suite à l'ajout des énoncés impliquant l'histoire sociale de la personne, les diagnostics de la personne et l'opinion de la famille. Il a pu être observé aussi qu'avec la présence d'un TNC, le consentement substitué semble prendre de l'importance.

3.3.2 Vignette 2

Les éléments d'influence

En lien avec le premier objectif, la deuxième vignette clinique qui a été présentée aux participants faisait ressortir des éléments du cadre conceptuel se rapportant à la dimension du milieu de vie et de la personne âgée (Voir Annexe III).

Les dimensions ayant eu un impact sur la prise de décision des participants sont la dimension de la vision de la société, la politique, le milieu de vie, la personne âgée et du personnel. Toutefois, les trois dimensions les plus importantes sont celles du milieu de vie, de la personne âgée et du personnel (Voir Annexe X).

Thème 1 Vision de la société

La vision de la société a été abordée par seulement un participant comme ayant un effet sur l'intervention :

D'après moi, le facteur de la vision de la société parce que veut, veut pas, je suis préposée depuis cinq, six ans, puis c'est quelque chose qu'on dirait que chez les personnes âgées, ils n'ont plus de sexualité. On dirait que c'est quelque chose qui n'existe pas » (PAB_EXP6_005).

Thème 2 Politique

Dans la dimension politique, les éléments d'influence ayant été nommés par les participants sont les orientations ministérielles et les droits de la personne. Pour ce qui est des orientations ministérielles, une minorité des participants ont abordé l'approche milieu de vie : « C'est un CHSLD, fait que les autres aussi ont droit à leur milieu de vie » (PAB_EXP18_002).

Une majorité des participants a mentionné que les droits de la personne auraient une répercussion dans la prise de décision concernant les interventions qu'ils mettraient en place dans une telle situation : « Il a tout à fait le droit de se masturber dans sa chambre, dans son lit. Il est chez lui » (PSY_EXP10_001); « C'est encore une fois les droits du résidant, son droit d'avoir de l'intimité, puis de répondre à ce besoin-là d'ordre sexuel » (TS_EXP9_003).

Thème 3 Milieu de vie

Dans la dimension du milieu de vie, les politiques organisationnelles, ressources et soutien offert aux employés et l'environnement physique ont orienté les décisions des participants. Un seul participant a abordé les politiques organisationnelles comme étant un élément qui guideraient ses interventions :

Là c'est sûr qu'il y a les normes de l'organisation aussi, dans le sens que oui, on est un milieu de vie, mais il y a d'autres personnes qui vivent ici aussi. J'imagine qu'il y a des choses par rapport à ça dans le sens que oui, les gens, on veut qu'ils se sentent le plus possible chez eux, mais en même temps, une autre personne ne doit pas se sentir brimée par le comportement d'un autre, pour essayer le plus possible que tout le monde soit bien, surtout dans lieux communs et tout ça. D'assurer une sécurité aussi pour les autres résidants (TS_EXP9_003).

Les ressources et le soutien offert aux employés ont encore une fois été abordés par les participants sous la forme du travail d'équipe, soit en se référant à l'infirmière ou en faisant une rencontre multidisciplinaire. Il s'agit d'un élément ayant influencé une minorité des participants : « Fait que j'essayerais de faire arrêter ça [la relation d'intimité sexuelle]. Tout en informant aussi quand va venir le temps des réunions, des rencontres avec les infirmières » (PAB_EXP18_002). Bien que les préposés aux bénéficiaires n'aient pas le même statut que les professionnels et doivent se faire valider par les infirmières pour certaines décisions, les professionnelles en relation d'aide ont le même réflexe qu'eux de se référer à l'équipe, mais dans leur cas de solliciter une rencontre multidisciplinaire.

Une majorité des participants ont mentionné que l'environnement physique était l'un des éléments ayant eu une influence dans leur prise de décision notamment du fait que dans la situation, l'usager ait une chambre privée : « Fait que là, le monsieur, il est déjà dans sa chambre, fait qu'il peut un peu faire ce qu'il veut » (PAB_EXP6_005).

Thème 4 Personne aînée

Dans la dimension de la personne aînée, les éléments d'influence soulevés sont l'âge, les diagnostics, l'histoire sociale et les besoins de la personne. Tout d'abord, un participant a mentionné le fait que l'âge de la personne dans cette situation venait justifier ses interventions : « L'âge de Monsieur, et le fait qu'il est dans une chambre privée » (PAB_EXP22_004).

Le diagnostic de la personne est un élément ayant influencé la minorité des participants dans leur prise de décision concernant les interventions qu'ils allaient mettre en place : « Là c'est parce que c'est un problème cognitif, c'est pas plus un besoin que ça » (PAB_EXP18_002).

L'histoire sociale est également relatée par une minorité des participants comme orientant leur prise de décision :

C'est sûr que là ça semble quand même bien présent, ça serait étonnant que là, justement, au centre d'hébergement, Monsieur fasse juste ça dans sa chambre alors que quand il était à domicile et tout ça, c'était quand même problématique. [...] L'histoire de vie se rajoute, parce que là il y a cette composante que la fille m'amène (TS_EXP9_003).

Enfin, une majorité des participants, dans leur prise de décision, ont considéré le besoin de la personne dans la situation : « Ça serait vraiment de s'assurer qu'il ait bien son intimité puis que son besoin soit respecté » (PSY_EXP10_001).

Thème 5 Personnel

Dans la dimension du personnel, les éléments ayant eu une influence dans la prise de décision des participants sont le niveau d'aisance, les expériences antérieures et les croyances et valeurs personnelles.

Encore une fois, comme dans la précédente vignette, pour la majorité des participants, ceux qui ont expérimenté une situation similaire à la vignette semblent plus à l'aise d'intervenir dans de telles situations : « C'est une situation que nous avons eue, nous avons connu dernièrement. Mais c'est de le laisser faire ce qu'il a à faire, on referme la porte, puis on lui dit de nous sonner quand il aura fini » (PAB_EXP22_004); « Sinon sûrement l'expérience professionnelle aussi, parce que c'est quelque chose que ça aussi, j'ai déjà vu ici, puis on demandait au monsieur d'aller un peu s'isoler, puis d'être dans sa chambre » (PAB_EXP6_005).

Une minorité des participants a mentionné que les croyances et les valeurs personnelles influençaient leur prise de décision dans cette situation : « Les valeurs

personnelles. Je pense que c'est ça qui influencerait mon intervention de juste quitter puis revenir plus tard » (PAB_EXP6_005).

Thème 6 Autres déterminants

De plus, deux éléments ne faisant pas partie du cadre conceptuel ont été soulevés par un participant, soient les conséquences possibles de la situation sur l'utilisateur et sur la relation de confiance. Pour ce qui est des conséquences possibles de la situation sur l'utilisateur, le participant mentionne les risques à l'intégrité de la peau qui pourraient survenir suite à une répétition trop importante du comportement :

Parce que souvent, il y en a qui ont... j'ai déjà vu ça, qu'ils ont ce problème-là, disons qu'ils lâchent pas leur pénis, ils arrêtent jamais, jusqu'à ce qu'on ait des rougeurs, puis faut intervenir. [...] C'est aussi le problème de peau qu'il pourrait occasionner. [...] Faut intervenir parce que j'ai déjà vécu ça, puis la personne, le pénis était très magané, en rougeur (PAB_EXP18_002).

En ce qui concerne l'aspect de l'impact qu'il pourrait y avoir sur la relation de confiance, le participant explique : « De toute manière, même si j'interviendrais, je perds le monsieur, il va devenir soit agressif, ou... je l'aurais pas de mon côté, fait que je pourrais pas plus travailler avec lui pour faire des interventions autres » (PAB_EXP18_002).

En somme, dans la deuxième vignette, les décisions de la majorité des participants ont été influencées par les deux dimensions traitées dans la vignette, soient le milieu de vie et la personne âgée, mais aussi par une autre dimension qu'est celle du personnel. Le sexe de la personne ne semble pas être significatif dans la prise de décision des participants. L'âge ainsi que le diagnostic ont été des éléments qui ont eu un impact seulement sur une minorité des participants dans les interventions qu'ils allaient mettre en place. Les droits de la personne ainsi que l'environnement physique

sont les plus abordés pour aider à la prise de décision. De plus, deux éléments ne faisant pas partie du cadre conceptuel ont été abordés, dont les conséquences possibles de la situation sur l'usager et sur la relation de confiance. Encore une fois, les déterminants exerçant une plus grande influence dans la prise de décisions sont les caractéristiques de la personne (âge, diagnostic, histoire sociale, besoin), le milieu de vie (politiques organisationnelles, ressources et soutien offert aux employés et l'environnement physique) et le personnel (niveau d'aisance, expériences antérieures et croyances et valeurs personnelles). Comme dans la vignette précédente, les déterminants les plus éloignés de la situation, c'est-à-dire la politique et la société, ont moins d'effet sur la prise de décision. Cependant, les déterminants faisant référence à la famille et aux proches n'ont pas été abordés ce qui peut être relié au fait que les participants n'ont pas eu à se questionner au niveau du consentement dans la situation.

Les interventions

Pour la situation initiale de la deuxième vignette, tous les participants ont mentionné qu'ils laisseraient monsieur dans son intimité, quitteraient la pièce et reviendraient plus tard. Deux participants ont toutefois partagé leur malaise s'ils étaient confrontés à une telle situation : « Je pense que c'est sûr que je serais comme un peu gênée d'arriver dans ce moment-là avec le monsieur dans sa chambre. Puis l'intervention que je ferais, c'est juste de quitter la chambre puis de revenir, passer, plus tard » (PAB_EXP6_005). Deux participants ont spécifié qu'ils cogneraient avant d'entrer dans la chambre d'une personne, peu importe le contexte. Un autre participant a mentionné qu'il mettrait certaines interventions en place afin de faciliter le moment d'intimité du monsieur :

C'est sûr que là, ça serait plus de mettre en place, d'informer pour moi-même et pour les autres de vraiment cogner avant de rentrer dans sa chambre. Puis si c'est un monsieur quand même qui est en mesure de comprendre, je lui amènerais peut-être une petite affiche pour mettre sur la poignée de porte pour qu'il puisse mettre ça, mettons qu'il y pense avant de faire ce moment-là intime avec lui-même (TS_EXP9_003).

À la suite de l'ajout du premier énoncé faisant mention à l'intervenant qu'il est pressé en raison des nombreuses urgences de la journée, tous les participants ont décidé de maintenir leur intervention initiale de quitter et revenir plus tard : « Je maintiendrais quand même mon intervention à revenir plus tard, puis laisser le monsieur faire ses choses tranquille » (PAB_EXP6_005).

Le deuxième énoncé à s'ajouter à la vignette mentionne le TNC de la personne qui entraîne des problèmes de comportement. La majorité des participants ont mentionné que cet aspect ne viendrait pas modifier leurs interventions : « Dans cette situation, je trouve que c'est une situation qu'il a le droit, puis peu importe son diagnostic, il est tout seul dans sa chambre puis il ne porte pas atteinte aux droits et libertés de personne » (PSY_EXP10_001). Un des participants a, quant à lui, fait mention qu'il s'informerait davantage à l'équipe concernant les problèmes de comportements et, selon les informations recueillies, mentionne qu'il pourrait y avoir ou non une modification de l'intervention initiale :

Est-ce que ça arrive souvent, mais c'est dans sa chambre, puis tout ça, puis là y'a pas de problème, un peu comme tantôt. Ou sinon, on parle de désinhibition, qu'il va commencer à faire ça au salon, en présence d'autres résidents, je sais pas... qu'il va vouloir se frotter ou toucher, faire des attouchements à d'autres résidentes, etc. J'irais vraiment chercher le plus d'informations possible à savoir où ça devient problématique. Parce que faire ça dans sa chambre tout seul, y'a pas de problème à ça, mais c'est sûr que s'il commence à faire ça en plein milieu de la salle à manger pendant le dîner, à ce moment-là, ça changerait effectivement les interventions à faire (TS_EXP9_003).

Un dernier participant a également expliqué qu'il pourrait y avoir une modification au niveau de ses interventions s'il s'apercevait que les comportements deviennent problématiques pour le monsieur : « [...] ils arrêtent jamais, jusqu'à ce qu'on ait des rougeurs, puis faut intervenir. Alors là, c'est différent » (PAB_EXP18_002).

Pour ce qui est du dernier énoncé, il amenait des faits sur l'histoire sociale de la personne concernant les comportements qui l'ont mené à être hébergé en CHSLD. La majorité des participants ont mentionné qu'ils maintiendraient leurs interventions, car dans la situation concernée, la personne est dans sa chambre et non dans un lieu public : « Là, le monsieur il est dans sa chambre, il est pas à se promener, il est pas devant une autre personne, il dérange personne, à part moi qui veux faire une intervention auprès de lui. Fait que ça serait juste de revenir plus tard » (PAB_EXP6_005). Un des participants a expliqué qu'il tenterait de rediriger la personne dans sa chambre et d'essayer de lui changer les idées :

J'essaie de l'isoler quand ça lui arrive. [...] Je l'amène dans sa chambre, je lui parle, puis je lui dis que je comprends « Tu peux faire ce que tu veux, mais va falloir que t'aïlles dans ta chambre ». Puis après ça, j'essaie d'arriver avec des moments différents pour lui changer les idées. Peut-être établir des... - c'est déjà arrivé - qu'il y ait des horaires aussi qu'on pourrait établir pour qu'il puisse faire ça. Puis lui faire comprendre « Là on peut pas en ce moment, à tel moment tu peux pas ». Des fois on réussit à faire comprendre. Ça dépend de la personne, de l'évolution de son problème (PAB_EXP18_002).

Un autre participant a également fait mention des horaires préétablis pour les moments d'intimité de la personne, mais à des moments où les comportements de la personne sont plus présents. Le participant a également mentionné l'implication du médecin dans la situation :

C'est sûr que là ça semble quand même bien présent, ça serait étonnant que là, justement, au centre d'hébergement, Monsieur fasse juste ça dans sa chambre

alors que quand il était à domicile et tout ça, c'était quand même problématique. Ça serait de voir est-ce qu'on est capable le plus possible de voir y as-tu des moments dans la journée où c'est pire ou quoi que ce soit, puis là d'inviter Monsieur, l'amener d'emblée plus à sa chambre à ces moments-là. [...], C'est sûr que j'en parlerais aussi avec le médecin pour voir, peut-être, là, y as-tu possibilité de donner une molécule peut-être pour venir aider, diminuer un peu les pulsions de Monsieur, ou quelque chose comme ça. J'essayerais de faire des moyens alternatifs, mais là, si ça fonctionne pas puis que ça prend trop de place, j'en parlerais, c'est sûr, avec le médecin. J'irais chercher son avis (TS_EXP9_003).

En résumé, nous avons pu constater que, pour la deuxième vignette clinique, tous les participants démontraient une ouverture à la situation d'intimité sexuelle lors de la présentation de la situation initiale. Toutefois, certaines interventions ont été modifiées suite à l'ajout des énoncés impliquant le diagnostic de la personne et son histoire sociale.

3.3.3 Vignette 3

Les éléments d'influence

En lien avec le premier objectif, la troisième vignette clinique qui a été présentée aux participants faisait ressortir des éléments du cadre conceptuel se rapportant à la dimension de la politique, du milieu de vie, de la famille et des proches et de la personne âgée (Voir Annexe IV).

Les dimensions ayant eu un impact sur la prise de décision des participants sont la dimension de la vision de la société, la politique, le milieu de vie, la personne âgée et du personnel. Toutefois, les trois dimensions les plus significatives sont celles du milieu de vie, de la personne âgée et du personnel (Voir Annexe XI).

Thème 1 Vision de la société

La vision de la société a été discutée par seulement un participant comme ayant un impact sur l'intervention :

La vision de la société... je pense que oui. Ça aussi, je pense que ça entrerait en vigueur du fait qu'un peu en CHSLD, c'est un endroit qui est surveillé, puis que là, on trouve deux résidents dont un marié dans le même lit, je pense que ça serait un peu mal vu par la société (PAB_EXP6_005).

Thème 2 Politique

Dans la dimension politique, les éléments d'influence ayant été nommés par les participants sont les orientations ministérielles et les droits de la personne. Pour ce qui est des orientations ministérielles, les deux intervenants psychosociaux les ont considérées : « C'est sûr que je pense que j'essayerais d'aller pousser un peu plus ça, dans le sens c'est quoi les articles de loi qu'il y a par rapport à ça, par rapport au consentement, le volet légal puis... être inapte » (TS_EXP9_003).

L'aspect des droits de la personne a été abordé seulement par la travailleuse sociale comme étant un élément pouvant l'aiguillonner sur ses interventions :

J'irais valider c'est appuyé sur quoi cette politique, puis que ça va quand même à l'encontre des droits des résidents. [...] Ça m'a l'air d'une politique qui est très sévère, qui respecte pas le droit des gens. Fait que j'irais monter ça plus haut à savoir, à dire que je trouve que ça a pas rapport. Ils ont pas le droit de faire ça (TS_EXP9_003).

Thème 3 Milieu de vie

Dans la dimension du milieu de vie, les éléments ayant eu un impact sur la prise de décision des participants sont les politiques organisationnelles, les ressources et soutien offert aux employés et l'environnement physique. Les politiques organisationnelles agissent sur tous les participants dans leur prise de décision : « Puis aussi qu'il faut que je suive la politique. [...] ils ont pas le droit d'être ensemble dans leur chambre, fait que je m'arrange pour qu'ils ne le soient pas » (PAB_EXP18_002).

Les ressources et le soutien offert aux employés ont encore une fois été abordés par les participants sous la forme du travail d'équipe soit en se référant à l'infirmière : « À ce moment-là, faudrait se référer à l'infirmière-chef, à l'employeur, à savoir qu'est-ce qu'on fait à ce moment-là. Et si on a l'accord de les laisser ensemble, je respecte ça » (PAB_EXP22_004) ou en faisant une rencontre multidisciplinaire : « Moi je priorise toujours le travail d'équipe dans les situations délicates » (PSY_EXP10_001). Il s'agit d'un élément ayant influencé une majorité des participants. Les ressources et soutien offert aux employés inclus également l'utilisation de la grille de délibération éthique qui a été amenée par un participant comme pouvant influencer ses interventions. Finalement, un participant a abordé le comité de support à l'éthique à qui il pourrait se référer au besoin : « C'est sûr qu'il y a peut-être aussi l'éthique, au niveau de l'éthique, le comité de support à l'éthique auquel on peut avoir accès » (TS_EXP9_003).

L'environnement physique a été évoqué par une minorité des participants en raison de la sécurité des deux personnes qui doit être assurée considérant qu'ils sont dans la même chambre et dans le même lit : « je vais m'assurer qu'ils sont en sécurité » (PAB_EXP18_002).

Thème 4 Personne aînée

Dans la dimension de la personne aînée, l'état civil, les diagnostics, l'histoire sociale, les besoins, le consentement et les caractéristiques physiologiques de la personne ont un ascendant dans la décision. Tout d'abord, l'état civil a influencé une majorité de participants dans leur prise de décision : « Les interventions que je mettrais en place, je pense que j'aurais le réflexe d'essayer de les séparer, parce que le monsieur il est encore marié » (PAB_EXP6_005).

Le diagnostic de la personne a également influencé la majorité des participants dans leur prise de décision concernant les interventions qu'ils allaient mettre en place : « Je pense que les deux facteurs qui influencent beaucoup c'est les caractéristiques des deux personnes qui ont chacun un trouble neurocognitif » (PAB_EXP6_005); « Si là, elle a développé un trouble neurocognitif, je trouve toujours ça délicat, dans ce cas-là » (PSY_EXP10_00).

L'histoire sociale est soulevée par seulement un participant comme étant un élément ayant un impact dans la prise de décision :

C'est-tu des gens qui se fréquentaient? C'est-tu arrivé par le passé avec d'autres personnes, ou est-ce que c'est un monsieur qui va voir toutes les femmes dans leur chambre, puis qui les déshabille, ou... une madame, là. Fait qu'il y a beaucoup de choses à voir (TS_EXP9_003).

Les besoins de la personne dans la situation sont également un élément ayant influencé un seul participant : « [...] puis qu'on travaille tous ensemble, finalement, pour que les besoins de ce résidant soient répondus » (TS_EXP9_003).

Le consentement de la personne a été abordé par la majorité des participants : « C'est sûr que depuis le début, ce qui est particulièrement important, c'est de s'assurer que les deux personnes sont consentantes puis sont aptes à consentir » (PSY_EXP10_001).

Un dernier élément qui a influencé une majorité des participants dans leur prise de décision est les caractéristiques physiologiques de la personne : « Elle est pas capable de réfléchir d'elle-même, ou même de s'expliquer correctement. Donc peut-être qu'il y a eu un malentendu » (PAB_EXP22_004);

Si on en parle une fois, mais que le lendemain la dame ne se rappelle plus de notre discussion de la veille, qu'elle est comme plus capable... si on s'en parle le lendemain puis qu'elle sait plus de ce qu'on a parlé, elle sait plus c'est quoi les

enjeux par rapport à ça... Je pense que c'est parlant quand même (TS_EXP9_003).

Thème 5 Famille et proches

Dans la dimension de la famille et des proches, un seul élément a guidé les participants, soit le rôle de la famille et des proches dans la prise de décision, ce qui inclut l'opinion des proches concernant la situation d'intimité. De ce fait, tous les participants ont rapporté qu'il s'agissait d'un élément venant influencer leur prise de décision dans la situation :

Simplement parce que les enfants du monsieur ne sont pas d'accord. Comme les deux parties, si tu veux, ne sont pas d'accord tous les deux, fait qu'à ce moment-là, on veut pas de chicane, on fait ça simple, puis je maintiendrais l'intervention d'essayer de les séparer (PAB_EXP6_005); Puis c'est sûr que si sa conjointe en principe c'était elle la répondante légale de son conjoint, c'est sûr que si elle, elle disait oui, puis que les enfants me disaient non, bin... encore là, c'est avec Madame seulement qu'on fait affaire. C'est elle la répondante légale là-dedans, fait que... Je me fierais là-dessus (TS_EXP9_003).

Thème 6 Personnel

Dans la dimension du personnel, le niveau d'aisance ainsi que les croyances et valeurs personnelles ont eu un impact sur la prise de décision. Dans cette vignette, le niveau d'aisance a été influencé par le fait que le monsieur était marié : « C'est parce que c'est le malaise de savoir que le monsieur est marié depuis 51 ans, sa femme vient peut-être le voir à tous les jours pour s'occuper de lui, puis lui, parce qu'il n'a plus sa tête, on les laisserait... c'est un manque de respect qu'on laisserait aller » (PAB_EXP18_002).

Concernant l'élément des croyances et valeurs personnelles, la majorité des participants ont rapporté qu'il s'agissait d'un élément venant orienter leurs prises de décision dans la situation : « S'il avait toute sa tête, il ferait sûrement pas ça. Sinon ça

ferait pas 51 ans qu'il serait marié. [...] Je pourrais pas faire plus. Ça serait contre mes valeurs, on pourrait dire » (PAB_EXP18_002).

Thème 7 Autres déterminants

Encore une fois, deux éléments ne faisant pas partie du cadre conceptuel ont été soulevés par un participant. Il s'agit de la dynamique conjugale et des valeurs professionnelles. Pour ce qui est de la dynamique conjugale, le participant mentionne la fréquence des visites de la conjointe et le type de relation entre les deux personnes : « [...] la conjointe, elle vient-tu encore tous les jours? Ou elle-même est dans un centre d'hébergement puis elle vient jamais? Puis la relation est comme un peu effritée, finalement, puis que le monsieur, c'est ça qu'il veut » (TS_EXP9_003).

En ce qui concernant les valeurs professionnelles, le participant aborde une valeur de sa profession qu'est la protection de la personne vulnérable et explique un conflit de valeur que cela peut amener dans l'intervention :

C'est un peu la protection des personnes vulnérables, la protection des personnes inaptes aussi, qui embarqueraient. D'un point de vue légal, je pense que ça serait un peu ça. Mais aussi au niveau, justement, plus de mes valeurs professionnelles, personnelles de... c'est une personne que je considère vulnérable, qui est à risque peut-être d'abus dans le contexte. Donc faut quand même la protéger, cette dame-là. C'est sûr que c'est un peu un conflit de valeurs de protéger versus qu'elle-même aurait un besoin peut-être d'ordre sexuel, ou le besoin de Monsieur (TS_EXP9_003).

En bref, dans la troisième vignette, les décisions de la majorité des participants ont été influencées par les dimensions ayant été incluses dans la vignette, c'est-à-dire la politique, le milieu de vie, la famille et les proches ainsi que la personne âgée. De plus, deux autres dimensions, dont la vision de la société et la dimension du personnel ont aussi influé sur les décisions. L'âge et le sexe de la personne ne semblent pas avoir été

des éléments déterminants dans la prise de décision des participants tout comme l'histoire sociale et les besoins de la personne qui ont été abordés seulement par un participant. Le diagnostic, l'état civil, le consentement de la personne et les caractéristiques physiologiques ont eu un effet sur la majorité des participants dans les interventions qu'ils allaient mettre en place. La vision de la société, les orientations ministérielles et les droits de la personne ont eu très peu d'impact dans les interventions. Les politiques organisationnelles ont eu le plus grand impact dans les interventions mises en place par les participants. Le rôle de la famille et des proches a également exercé une influence pour l'ensemble des participants. De plus, deux éléments ne faisant pas partie du cadre conceptuel ont été abordés, dont la dynamique conjugale et les valeurs professionnelles. Tout comme les deux premières vignettes, les déterminants ayant eu davantage de répercussions dans la prise de décisions sont les caractéristiques de la personne (état civil, diagnostic, histoire sociale, besoins, consentement, caractéristiques physiologiques), le milieu de vie (politiques organisationnelles, ressources et soutien offert aux employés et environnement physique) et le personnel (niveau d'aisance et croyances et valeurs personnelles). Par le fait même, les déterminants exerçant le moins d'impact dans la prise de décision sont les déterminants les plus éloignés de la situation, c'est-à-dire la politique et la société.

Les interventions

Pour la situation initiale de la troisième vignette, deux participants ont mentionné qu'ils iraient d'abord s'informer auprès de l'équipe si quelqu'un est au courant de la situation avant d'intervenir auprès des deux personnes :

C'est sûr que là j'irais demander peut-être rapidement à l'infirmière « Eille, c'est-tu correct, là qu'il y as-tu comme quelqu'un là-dedans qui est

complètement, qui a troubles cognitifs importants et tout ça », mais je pense que sur le coup, c'est sûr qu'il faudrait que je valide. Parce que là je sais pas, y'a-tu quelqu'un qui est pas consentant là-dedans, [...] mais c'est sûr que j'irais valider avec le personnel de soin (TS_EXP9_003).

Un troisième participant a plutôt expliqué qu'il laisserait les deux personnes dans leur intimité, mais validerait au niveau de leur consentement et de leur sécurité :

La première des choses, c'est de les laisser, de voir à leur consentement à tous les deux, puis de les laisser faire ce qu'ils ont à faire. Puis ce qu'ils ont déjà commencé, de les laisser dans leur intimité. Et puis surveiller. [...] Comme ils sont tous les deux nus, j'imagine que les deux sont consentants. Alors c'est de m'assurer qu'ils sont en sécurité puis qu'ils sont consentants, puis de refermer la porte, tout simplement (PAB_EXP22_004).

Les deux autres participants, quant à eux, ont mentionné qu'ils tenteraient de séparer les deux personnes : « Les interventions que je mettrais en place, je pense que j'aurais le réflexe d'essayer de les séparer » (PAB_EXP6_005).

À la suite de l'ajout du premier énoncé faisant mention que les politiques de l'organisation ne permettent pas à deux résidents d'être dans la même chambre, trois participants ont choisi de maintenir leurs interventions. Les deux autres participants ont mentionné qu'ils modifieraient leurs interventions : « Je vais demander à Monsieur de se rhabiller et de regagner sa chambre » (PAB_EXP22_004).

Le troisième énoncé faisait mention des TNC de la dame. Trois participants ont rapporté qu'ils maintiendraient leur intervention de séparer les deux personnes. Les deux autres participants exploreraient davantage l'aptitude de la dame à consentir ou non à la relation avant d'apporter des modifications ou non à leurs interventions :

C'est sûr que depuis le début, ce qui est particulièrement important, c'est de s'assurer que les deux personnes sont consentantes puis sont aptes à consentir. Donc si là, elle a développé un trouble neurocognitif, je trouve toujours ça délicat, dans ce cas-là, donc à ce moment-là, oui, peut-être que mes interventions

sont modifiées si je vois que la dame ne peut pas donner un consentement éclairé (PSY_EXP10_001).

Le quatrième énoncé à s'ajouter à la vignette explique la diminution des fonctions cognitives de la dame. Encore une fois, trois participants ont rapporté qu'ils maintiendraient leur intervention qui est de séparer les deux personnes :

C'est sûr que je maintiens mon intervention d'essayer de les séparer. J'essayerais d'expliquer, les deux ont des troubles neurocognitifs, fait que j'essayerais calmement de leur expliquer ce qui se passe, puis que c'est pas vraiment correct, ce qui se passe. Pour ça, je maintiendrais encore mon intervention de les rhabiller puis les séparer, puis de leur parler (PAB_EXP6_005).

Les deux autres participants ont mentionné qu'ils modifieraient leurs interventions pour mettre fin à la relation :

Là c'est sûr que je serais pas vraiment à l'aise, [...]. Je pense pas qu'elle ait la capacité vraiment de peut-être dire non, de pas être d'accord, de mettre fin à ça si elle était pas bien, ou si ça allait comme trop loin, puis que Monsieur faisait des gestes qu'elle était pas d'accord. C'est sûr que là je serais pas à l'aise de poursuivre, d'encourager ça, etc. Fait que ça serait plus de sécuriser, finalement, davantage, pour pas vraiment que ça se reproduise, que Madame se retrouve dans des situations comme ça. C'est parce qu'elle est quand même vulnérable, de ce que j'entends (TS_EXP9_003).

Pour ce qui est du cinquième énoncé mentionnant que les deux personnes sont consentantes pour la relation, un participant a décidé de maintenir son intervention de séparer les deux personnes. Les deux intervenants psychosociaux ont mentionné qu'il y aurait possiblement une modification des interventions après avoir validé à nouveau eux-mêmes le consentement des deux personnes :

C'est sûr que si le consentement a été validé auparavant, peut-être qu'il a changé au cours du temps, donc ça serait important de revalider, est-ce que le consentement est toujours là. Donc je revérifierais quand même le consentement à ce stade-ci, surtout si la dame, elle a un trouble neurocognitif majeur qui a évolué. Je ferais une vérification, un suivi, quand même, à savoir s'ils sont toujours consentants (PSY_EXP10_001).

Les deux derniers participants ont mentionné qu'ils modifieraient leurs interventions pour respecter ce que l'infirmière leur demande de faire : « Là j'irais à l'encontre de qu'est-ce que je voudrais. J'irais avec qu'est-ce que l'infirmière ou la TS me dit de faire » (PAB_EXP18_002).

Le dernier élément ajoutait le consentement de la conjointe du monsieur concerné et le désaccord de ses enfants. Deux participants ont mentionné qu'ils maintiendraient leurs interventions : « Je vais continuer avec le fait que c'est le consentement, la conjointe est d'accord, encore mieux ! [...], fait que je continue avec ce que les patrons vont me dire » (PAB_EXP18_002). ;

Je maintiendrais encore mon intervention. Simplement parce que les enfants du monsieur ne sont pas d'accord. Comme les deux parties, si tu veux, ne sont pas d'accord tous les deux, fait qu'à ce moment-là, on veut pas de chicane, on fait ça simple, puis je maintiendrais l'intervention d'essayer de les séparer (PAB_EXP6_005).

Un participant a mentionné que cet énoncé le ramenait à son intervention de départ de séparer les deux personnes : « Je maintiens l'intervention que le monsieur ne doit pas être dans la même chambre. Et on a une politique, et ses enfants ne sont pas en accord » (PAB_EXP22_004). Les deux intervenants psychosociaux feraient un ajout à leurs interventions en rencontrant les enfants du monsieur :

Je serais bien ouverte à faire une rencontre familiale pour voir un petit peu avec eux leurs préoccupations, leurs craintes par rapport à tout ça. [...] Si on a décidé qu'on allait de l'avant, puis que c'était correct, c'est sûr que oui, j'essayerais quand même, à mon niveau, de faire une rencontre avec eux, d'explorer tout ça, écouter leur raisonnement, puis essayer de faire en sorte que tout le monde soit à l'aise là-dedans (TS_EXP9_003).

En somme, nous avons pu constater que, pour la troisième vignette clinique, les interventions des divers participants étaient très partagées entre permettre ou restreindre

la situation d'intimité entre les deux personnes. Dans cette vignette, tous les énoncés ont eu une influence sur les interventions des participants, soit la politique de l'organisation, le diagnostic de la personne, les caractéristiques physiologiques de la personne, le consentement de la personne et l'opinion de la famille. Encore une fois, il est possible de constater qu'avec la présence d'un TNC, le consentement substitué prend beaucoup d'importance. De plus, le fait que le monsieur soit marié entraîne un certain malaise chez les intervenants à permettre la relation d'intimité sexuelle contrairement à la première vignette où les deux résidents étaient veufs.

3.3.4 Vignette 4

Les éléments d'influence

En lien avec le premier objectif, la quatrième vignette clinique présentée aux participants faisait ressortir des éléments du cadre conceptuel se rapportant à la dimension politique, du milieu de vie et de la personne âgée (Voir Annexe V).

Les dimensions ayant eu un impact sur la prise de décision des participants sont la dimension de la vision de la société, la politique, le milieu de vie, la personne âgée et du personnel. Toutefois, les trois dimensions les plus appréciables sont celles du milieu de vie, de la personne âgée et du personnel (Voir Annexe XII).

Thème 1 Vision de la société

La vision de la société a seulement été abordée par un participant : « Tout ce qui est sexualité chez les personnes âgées, on dirait qu'il y a un méga tabou. C'est quelque chose, je pense, que la majorité des préposés est pas à l'aise avec ça » (PAB_EXP6_005).

Thème 2 Politique

Dans la dimension politique, les éléments d'influence nommés par les participants sont les orientations ministérielles et les droits de la personne. Pour ce qui est des orientations ministérielles, un seul participant a abordé l'approche milieu de vie : « Le résident est chez lui, donc si jamais il veut avoir des relations intimes, surtout avec son mari, il a tout à fait le droit » (PSY_EXP10_001).

Une majorité des participants a mentionné que les droits de la personne auraient un impact dans la prise de décision concernant les interventions qu'ils mettraient en place dans une telle situation : « C'est sûr qu'il faut qu'il ait une chambre, qu'ils soient seuls, qu'ils aient leur intimité, mais à ce moment-là, ça respecterait leurs droits et libertés » (PSY_EXP10_001).

Thème 3 Milieu de vie

Dans la dimension du milieu de vie, les politiques organisationnelles, ressources et soutien offert aux employés et l'environnement physique orientent les prises de décision. La majorité des participants ont abordé les politiques organisationnelles comme étant un élément qui agit sur leurs interventions : « Mais l'organisation vient en ligne de compte, pour, mettons, changer de chambre vers une chambre seule. Puis peut-être, être priorisé aussi, considérant qu'il a ce besoin-là pour le couple » (TS_EXP9_003).

Les ressources et le soutien offert aux employés ont encore une fois été abordés par la majorité des participants sous la forme du travail d'équipe soit en se référant à l'infirmière ou en faisant une rencontre multidisciplinaire : « Puis avec l'accord des autres aussi, des professionnels, on pourrait dire. Moi je vais souvent avec qu'est-ce

qu'ils disent » (PAB_EXP18_002); « Donc ça serait, encore là, de faire une rencontre d'équipe pour voir qu'est-ce qui peut être mis en place » (PSY_EXP10_001).

Une majorité des participants ont mentionné que l'environnement physique impactait leur prise de décision notamment du fait que, dans la situation, l'utilisateur est dans une chambre semi-privée : « Si la chambre, elle est libre, oui oui, on leur laisse cette intimité-là » (PAB_EXP22_004); « À ce moment-là, il faudrait vraiment une chambre d'intimité, parce que dans une chambre semi-privée, on ne peut pas permettre qu'il y ait des relations intimes s'il y a un autre résidant dans la chambre » (PSY_EXP10_001).

Un participant a également fait mention de l'aspect de la sécurité en ce qui concerne l'environnement physique : « Puis c'est ça, je vais comme aider, si on veut, à faire en sorte que ça se passe bien, puis tout. Que ce soit sécuritaire, dépend des pertes de Monsieur, mettons au plan physique et tout ça » (TS_EXP9_003).

Thème 4 Personne aînée

Dans la dimension de la personne aînée, les éléments d'influence soulevés sont l'état civil, les diagnostics, l'histoire sociale, les besoins de la personne et le consentement de la personne. Tout d'abord, deux participants ont mentionné le fait que l'état civil de la personne dans cette situation venait justifier ses interventions : « C'est quelque chose qui, vu que c'est un couple, c'est quelque chose qui est faisable » (PAB_EXP6_005).

Le diagnostic de la personne influence deux participants dans leur prise de décision concernant les interventions qu'ils allaient mettre en place : « Pour le moment,

les deux ont l'air lucides, ils ont l'air... Y'en a juste un qui a le Parkinson, fait que tout est beau » (PAB_EXP18_002).

L'histoire sociale est un élément soulevé par seulement un participant dans sa prise de décision : « C'est sûr que si dans l'histoire de vie je vois que clairement ils sont séparés depuis tant, et que s'il y avait une relation de violence, que c'est toxique, etc., c'est sûr que oui, ça viendrait modifier aussi » (TS_EXP9_003).

Dans la situation, le besoin de la personne a guidé une minorité des participants dans leur prise de décision :

C'est sûr que dans une chambre semi-privée, en attendant, si c'est vraiment un besoin d'avoir des rapprochements, puis tout ça, je vais essayer de voir y a-tu des moments, j'irais voir avec l'équipe de soin que l'autre personne qui est dans la chambre est pas là, ou si c'est une personne qui va au salon la majorité de l'après-midi, ou qui prend ses repas en bas, dans la salle à manger... à quels moments l'autre personne n'est pas là pour un peu orienter mon autre monsieur sur les moments où il pourrait se sentir au moins un petit peu plus seul puis en intimité, de fermer le rideau, des choses comme ça (TS_EXP9_003)

Le consentement a été considéré par une majorité des participants dans leur prise de décision : « S'il est consentant, qu'on a la confirmation, alors là je vois pas qu'est-ce qui empêcherait » (PSY_EXP10_001).

Thème 5 Famille et proches

Dans la dimension de la famille et des proches, un seul élément oriente une majorité de participants, soit le rôle de la famille et des proches dans la prise de décision, ce qui inclut l'opinion des proches concernant la situation d'intimité : « Je pense que ça aurait été de vérifier aussi avec la famille » (PAB_EXP6_005). Un participant a également amené le fait qu'il aurait vérifié l'opinion du résident avec lequel la personne partage sa chambre et aussi avec la famille de celui-ci : « Les facteurs qui feraient que je

m'assurerais que tout soit correct, ça serait que la famille et l'autre personne soit en accord qu'il va arriver quelque chose dans sa chambre pendant qu'il est pas là » (PAB_EXP18_002).

Thème 6 Personnel

Dans la dimension du personnel, le niveau d'aisance, les expériences antérieures, les croyances et valeurs personnelles ainsi que la perception des autres collègues ont influé sur la prise de décision des participants.

Encore une fois, il est possible de faire un lien entre le niveau d'aisance du participant et leurs expériences antérieures. En fait, ceux ayant déjà vécu une situation similaire à la vignette semblent plus à l'aise d'intervenir dans de telles situations :

Ça l'arrive souvent, ici, avec des couples, qu'ils soient homme à homme ou homme-femme, on leur laisse souvent leur moment d'intimité. Tant qu'on voit pas d'abus ou de contraintes à ça... ça l'arrive. J'ai rien à dire, j'essayerais de leur garder leur intimité (PAB_EXP18_002).

Au contraire, les participants n'ayant jamais vécu une situation semblable se sentent moins à l'aise d'intervenir : « C'est sûr que je serais gênée. [...] ça serait une mise en situation qui s'est jamais vue pour moi » (PAB_EXP6_005).

Une minorité des participants a mentionné que les croyances et les valeurs personnelles influenceraient leur prise de décision dans cette situation : « Je pense que c'est des valeurs personnelles de pas déranger l'autre personne avec qui il est dans sa chambre » (PAB_EXP6_005).

La perception des autres collègues est considérée par seulement un participant : « Je pense que point de vue des membres de l'organisation, de l'institution, ça aussi, je pense que c'est quelque chose qui serait faisable de ce côté-là » (PAB_EXP6_005).

Thème 7 Autres déterminants

Il y a trois éléments ne faisant pas partie du cadre conceptuel qui ont été soulevés par deux participants, soient les valeurs professionnelles, la dynamique conjugale et les conséquences sur l'usager. Pour ce qui est des conséquences possibles sur l'usager, le participant mentionne une conséquence positive que pourrait engendrer la situation d'intimité sexuelle chez la personne : « Les facteurs qui influenceraient, c'est le côté *bonheur* que ça l'apporte » (PAB_EXP18_002).

La dynamique conjugale a été soulevée par un participant comme ayant un impact sur la prise de décision : « Si c'est un couple qui était uni, qui était soudé, que c'était super important pour Monsieur Desruisseaux d'avoir la présence de son conjoint, c'est sûr que je pousse là-dessus puis je mets ça de l'avant » (TS_EXP9_003).

Les valeurs professionnelles ont également été mentionnées par un participant pouvant guider les interventions : « C'est plus mes valeurs du travail social » (TS_EXP9_003).

En somme, dans la quatrième vignette, les décisions de la majorité des participants ont été influencées par les trois dimensions incluses dans la vignette, dont la politique, le milieu de vie et la personne aînée. De plus, trois autres dimensions (la vision de la société, la famille et les proches et la dimension du personnel) ont aussi été considérées. Le sexe de la personne, son âge ainsi que son orientation sexuelle ne semblent pas avoir été déterminants dans la prise de décision des participants. L'état civil a eu un impact sur une minorité de participants tout comme le diagnostic, l'histoire sociale et les besoins de la personne. Les droits de la personne, les politiques organisationnelles, les ressources et le soutien offert aux employés, l'environnement

physique, le consentement de la personne et le rôle de la famille et des proches dans la prise de décision ont eu un impact sur la majorité des participants dans leur prise de décision. Toutefois, les politiques organisationnelles ainsi que l'environnement physique sont les deux éléments ayant été le plus abordés par les participants comme exerçant une influence dans les interventions mises en place. De plus, trois éléments ne faisant pas partie du cadre conceptuel ont été soulignés, dont les conséquences sur l'utilisateur, la dynamique conjugale et les valeurs professionnelles. Tout comme les précédentes vignettes, les déterminants ayant eu une plus grande influence dans la prise de décisions sont les caractéristiques de la personne (état civil, diagnostic, histoire sociale, besoins et consentement), le milieu de vie (politiques organisationnelles, ressources et soutien offert aux employés et l'environnement physique) et le personnel (niveau d'aisance, expériences antérieures, croyances et valeurs personnelles et perception des autres collègues). Par le fait même, les déterminants les plus éloignés de la situation, c'est-à-dire la politique et la société, ont été moins soulevés. Par ailleurs, tout comme dans la deuxième vignette, l'impact relié à la famille et aux proches sur la prise de décision est très minime contrairement à la première et à la troisième vignette ce qui peut être relié au fait que, dans la situation, les deux personnes concernées sont mariées contrairement à ces deux autres vignettes.

Les interventions

Pour la situation initiale de la quatrième vignette, l'ensemble des participants a démontré de l'ouverture à mettre en place des interventions pour favoriser la situation d'intimité sexuelle :

C'est sûr que oui, je suis bien positive, bien favorable à ça (rires), s'il veut avoir un moment d'intimité avec son mari. Un peu comme tantôt, on va essayer de

mettre en place des choses pour pas qu'ils soient dérangés quand qu'ils sont dans leur moment d'intimité, qu'ils puissent avoir quelque chose pour mettre à la porte pour informer le personnel de pas les déranger et tout ça (TS_EXP9_003).

À la suite de l'ajout du premier énoncé mentionnant la chambre semi-privée du résident, deux participants ont décidé de modifier leurs interventions mentionnant que la relation ne pouvait pas avoir lieu dans la chambre de la personne. Un des participants a toutefois fait mention d'une chambre d'intimité :

C'est sûr que ça change des choses! À ce moment-là, il faudrait vraiment une chambre d'intimité, parce que dans une chambre semi-privée, on ne peut pas permettre qu'il y ait des relations intimes s'il y a un autre résidant dans la chambre. [...] Donc ça serait, encore là, de faire une rencontre d'équipe pour voir qu'est-ce qui peut être mis en place, s'il y a une chambre d'intimité, tant mieux, mais à ce moment-là, ça ne peut pas être dans une chambre semi-privée avec l'autre résidant dans sa chambre (PSY_EXP10_001).

Les trois autres participants ont affirmé qu'ils maintenaient leurs interventions pour que la relation d'intimité puisse avoir lieu dans la chambre de la personne. Un participant explique que cela doit toutefois être fait dans le respect de la personne : « On tire les rideaux, les rideaux sont là, on tire les rideaux, en autant que c'est fait dans le respect de l'autre personne à côté. On tire les rideaux, on leur laisse cette intimité-là » (PAB_EXP22_004). Les deux autres participants ont également fait un ajout à leurs interventions initiales en disant qu'ils tenteraient de mettre en place un horaire pour déterminer à quels moments le résident qui occupe la chambre avec le monsieur n'est pas présent dans la chambre et ainsi permettre à la relation d'avoir lieu :

J'irais voir avec l'équipe de soin que l'autre personne qui est dans la chambre est pas là, ou si c'est une personne qui va au salon la majorité de l'après-midi, ou qui prend ses repas en bas, dans la salle à manger... à quels moments l'autre personne n'est pas là pour un peu orienter mon autre monsieur sur les moments où il pourrait se sentir au moins un petit peu plus seul puis en intimité, de fermer le rideau, des choses comme ça (TS_EXP9_003).

Le troisième élément faisait mention du TNC du monsieur. Tous les participants ont rapporté qu'ils maintenaient leurs interventions. En fait, un participant a maintenu son intervention de ne pas permettre la relation toujours en lien avec la chambre semi-privée indépendamment du TNC en spécifiant que si la personne avait eu un TNC, mais une chambre privée, la relation aurait pu être possible :

Vu l'état de la chambre dans laquelle il est pas tout seul, je maintiendrais mon intervention à ce moment-là, à ce que ce soit malheureusement pas possible. [...] S'il y avait juste le trouble neurocognitif qui entraine en ligne de compte, je pense que je reviendrais en arrière. À la situation, juste la mise en situation, puis pourquoi pas qu'ils aient leur moment d'intimité, si les deux personnes s'aiment (PAB_EXP6_005).

Les quatre autres participants ont spécifié que leurs interventions seraient maintenues pour favoriser la relation d'intimité. Cependant, trois d'entre eux ont précisé la durée du consentement : « Ça serait de valider s'il est toujours consentant au fil du temps. Mais c'est sûr que c'est délicat, avec un trouble neurocognitif » (PSY_EXP10_001). Un participant a également mentionné que, pour vérifier le consentement, il vérifierait les comportements de la personne suite à la visite du conjoint :

Je maintiens, mais c'est sûr que j'irais quand même valider avec le personnel de soin il y a-tu des choses, mettons, quand le conjoint quitte, si Monsieur Desruisseaux est tout désorganisé, puis que ça va pas bien, puis qu'il a pas l'air bien, ou quand qu'ils le voient et qu'il aurait l'air crispé, ou qu'il y avait des cris ou peu importe. C'est sûr que s'il n'a pas l'air bien et tout ça, effectivement, oui, je ferais quelque chose, mais sinon, non. Je garderais, c'est le droit de Monsieur, et c'est son conjoint puis c'est son droit. Je continuerais là-dedans (TS_EXP9_003).

Le dernier élément à être ajouté était le consentement de la personne. Tous les participants ont décidé de maintenir leurs interventions : « S'il est consentant, qu'on a la confirmation, alors là je vois pas qu'est-ce qui empêcherait, à part la chambre semi-privée. C'est sûr qu'il faut qu'il ait une chambre, qu'ils soient seuls, qu'ils aient leur

intimité, mais à ce moment-là, ça respecterait leurs droits et libertés » (PSY_EXP10_001).

En bref, nous avons pu constater que, pour la quatrième vignette clinique, tous les participants étaient ouverts à permettre la situation d'intimité entre les deux personnes. En revanche, certaines interventions ont été modifiées ou bonifiées à la suite de l'ajout des énoncés impliquant l'environnement physique et le diagnostic de la personne. Contrairement à la première et à la troisième vignette qui exposaient également la situation de deux personnes, mais celles-ci n'étant pas en couple, le consentement substitué n'a pas été mentionné malgré la présence d'un trouble neurocognitif. En fait, il semblerait que l'aspect du consentement ait été traité différemment considérant que les deux personnes concernées par la situation étaient mariées.

3.3.5 Situations vécues par les participants

À la suite de la présentation des vignettes cliniques, une dernière question a été posée à l'ensemble des participants : Avez-vous déjà vécu une situation d'intimité sexuelle dans votre pratique auprès des aînés vivant en milieu d'hébergement? Qu'avez-vous fait? Quatre situations rapportées par les participants sur six au total sont des situations se rapportant à une forme d'abus soit envers le personnel ou envers des résidentes. Deux participants ont rapporté une situation d'abus envers une résidente plus vulnérable :

C'était un monsieur qui avait quand même toute sa tête, une madame qui était pas mal problèmes cognitifs, mais là, je vais y aller, c'est pas mal spécial, mais en tout cas. Elle était en train de lui faire une fellation, on a fait arrêter ça, parce que la madame était pas toute là, puis le monsieur il insistait pas mal, fait qu'on a intervenu. [...] Fait qu'on a intervenu pour que ça l'arrête, puis on s'est arrangé

pour qu'ils se revoient plus vraiment, parce que cette personne-là, la madame, elle le reconnaissait pas après. Elle savait pas c'était qui ce monsieur-là. [...] puis le monsieur, lui, était tout lucide, fait qu'il en profitait (PAB_EXP18_002).

Deux autres participants, quant à eux, ont discuté d'une situation d'abus envers le personnel :

Je me rappelle d'une fois où il y a une résidante qui voulait voir son mari qui était sur un autre étage. Ils avaient pas le même type de profil, donc elle, elle était sur l'unité prothétique puis lui sur l'unité régulière. Et puis elle me demandait d'aller le chercher pour pouvoir l'accompagner pour voir Madame. Et quand je suis allée à la chambre du mari, il essayait de... en fait... il a voulu toucher et tout, puis c'était un petit peu clair là que... il aimerait aller plus loin (Psy_EXP10_001).

De plus, un participant a partagé une demande qu'il a reçue du personnel soignant sur laquelle il devait intervenir :

Justement, cette semaine, dans un autre centre où je travaille j'avais une requête en service social parce que le monsieur regardait de la porno puis qu'il se masturbait. J'essaye de documenter un peu est-ce qu'il pourrait y avoir eu des problématiques reliées à ce comportement-là. Y'en avait pas du tout. Bon, dans ce cas-là, c'est ça, on va faire en sorte que vous cogniez avant de rentrer, on va mettre quelque chose à la porte, justement le monsieur étant incapable de bien comprendre, fait que... que lui mette ça aussi parce qu'il est mal à l'aise, il était mal à l'aise de se faire surprendre, tout ça. Pour le reste, qu'il regarde de la porno... c'est pas mes affaires (TS_EXP9_003).

Un dernier participant a relaté une demande venant de deux résidents du CHSLD : « j'ai déjà connu une situation où on mettait un couple qui se sont rencontré à mon milieu de travail, au CHSLD, j'ai déjà été présente de cette situation-là où on les a mis dans la même chambre. Chacun avait son lit, et l'autre aussi » (PAB_EXP22_004). Ces situations n'ont pas fait émerger d'autres éléments ou dimension à ajouter au cadre conceptuel. Toutefois, elles ont permis de soulever un questionnement concernant la sexualité des aînés en milieu d'hébergement. Considérant que la majorité des situations rapportées par les participants sont des situations d'abus, est-il possible de croire que le

premier réflexe des intervenants lorsqu'il est question de sexualité des aînés en milieu d'hébergement est d'associer celle-ci à une forme d'abus?

3.3.6 Comparatif entre vignettes

Pour finir, la dimension ayant eu une plus grande influence dans la prise de décision, toutes vignettes confondues, est la dimension de la personne aînée. La deuxième dimension la plus abordée est celle reliée au milieu de vie. Les deux dimensions ayant eu le moins d'impact dans la prise de décision sont celles de la société et de la politique, deux dimensions les plus éloignées de la situation (Voir Annexe XIII).

De plus, un lien a été observé entre les dimensions ayant eu le plus d'influence dans la prise de décision et la formation des participants (Voir Annexe XIV). En fait, les trois dimensions les plus abordées sont les mêmes pour les participants ayant une formation de préposés aux bénéficiaires, c'est-à-dire le milieu de vie, la personne aînée et le personnel. Les trois dimensions considérées par les deux intervenants psychosociaux sont également les mêmes, c'est-à-dire la politique, le milieu de vie et la personne aînée. Par ailleurs, aucun lien n'a pu être établi selon le nombre d'années d'expérience des participants.

Dans les interventions mises en place, il a été démontré que les deux intervenants psychosociaux sont davantage portés à questionner les politiques organisationnelles lorsque celles-ci ne rejoignent pas leurs valeurs professionnelles contrairement aux préposés aux bénéficiaires qui sont plus disposés à respecter les politiques de l'organisation lorsqu'ils doivent mettre des interventions en place.

Par ailleurs, il a été observé que certains éléments étaient davantage tenus en compte dans la prise de décision selon le type de situation à laquelle le participant devait réagir. En fait, la première et la troisième vignette semblent avoir été traitées différemment de la deuxième et quatrième vignette. Le diagnostic de la personne ainsi que le rôle de la famille et des proches dans la prise de décision semblent être deux déterminants ayant plus d'impact dans la prise de décision lorsqu'il s'agit de deux personnes n'étant pas en couple contrairement à une personne seule et deux personnes mariées. De plus, le rôle de la famille et des proches dans la prise de décision semble plus présent lorsque les intervenants sont moins à l'aise avec le consentement de la personne souvent dû au TNC dans les vignettes cliniques présentées (Voir Annexe XV).

Pour plusieurs participants, les expériences antérieures vécues, qu'elles soient similaires ou non à celles présentées dans les vignettes, avaient un impact sur leur niveau d'aisance à intervenir dans les situations présentées. En fait, lorsque les participants avaient déjà vécu une situation similaire, ils pouvaient s'y référer et baser leurs interventions sur ce qui avait été fait par le passé.

CHAPITRE IV : DISCUSSION

Les résultats de cette étude ont permis de répondre aux deux objectifs : 1) Explorer les éléments pris en compte par les intervenants lorsqu'ils doivent agir dans les situations d'intimité sexuelle des aînés en milieu d'hébergement et 2) Expliciter la pratique des intervenants en milieu d'hébergement dans les situations d'intimité sexuelle des aînés. Tout d'abord, les résultats obtenus seront analysés et comparés avec les éléments théoriques recensés dans les écrits pour chacun des objectifs de l'étude. Par la

suite, des recommandations seront présentées. Enfin, les limites et les forces de l'étude seront expliquées.

4.1 Analyse des résultats

Éléments d'aide à la prise de décision

Concernant le premier objectif, nos résultats ont montré que les caractéristiques de la personne jouaient un rôle dominant dans la prise de décision des intervenants dans les situations d'intimité sexuelle des aînés en milieu d'hébergement. En fait, nous avons aussi pu constater que l'état civil avait un impact sur le niveau d'implication de la famille. Lorsque deux aînés désirent ou ont une relation d'intimité sexuelle et qu'ils ne sont pas mariés, les intervenants ont le réflexe d'emblée d'interpeller la famille pour vérifier s'ils permettent ou non la relation d'intimité, notamment lorsqu'un diagnostic de TNC s'ajoute à la situation. La notion de consentement ne se pose pas d'emblée lorsque les deux aînés sont mariés. Les résultats de l'étude de Makimoto (2015) et de Thibaud et Hanicotte (2007) vont dans le même sens que nos résultats. Ceux-ci ont expliqué le malaise que pouvait vivre le personnel lorsqu'il était confronté à une situation d'intimité sexuelle entre deux aînés n'étant pas mariés. Ces deux études ont démontré que, dans ce genre de situation, le personnel impliquait la famille pour avoir leur accord ou non à laisser aller la situation d'intimité et se dégager d'une certaine responsabilité dans la décision de permettre ou non la relation. Par ailleurs, dans notre étude, nous avons pu constater le malaise des intervenants lorsqu'ils devaient intervenir dans une situation d'intimité sexuelle impliquant deux aînés qui ne sont pas en couple, mais dont l'un des deux est marié avec une autre personne. Ce résultat n'a cependant pas été rapporté dans la littérature consultée. Cependant, le gouvernement du Québec (2021), dans son

document de réflexion sur la sexualité des aînés, a noté que ce malaise pouvait être présent chez les membres de la famille lorsqu'ils sont impliqués dans la prise de décision. En fait, il peut être difficile pour eux de voir leur proche vivre une relation d'intimité sexuelle avec une autre personne que celle avec laquelle elle est mariée.

L'autre caractéristique importante est le diagnostic qui intervient dans la prise de décision des intervenants. Le diagnostic a été mentionné notamment pour son influence sur le degré d'implication de la famille, mais aussi de l'aîné. Il a pu être constaté que, lorsque l'aîné a un diagnostic de TNC, son implication dans la prise de décision est moindre tandis que l'implication de la famille prend une place plus importante. Bien que l'étude de Makimoto (2015) et celle de Thibaud et Hanicotte (2007) mentionnent que l'implication de la famille s'accroît lorsqu'il s'agit de deux personnes non mariées, aucun lien n'a été fait avec le diagnostic de TNC. Il en est de même pour l'étude de Frankowski et Clark (2009). Cette étude expose le fait que l'opinion de la famille prévaut souvent sur celle de l'aîné dans ce type de situation en milieu d'hébergement sans égard au diagnostic de l'aîné. D'ailleurs, selon l'étude de Makimoto et ses collaborateurs (2015) et celle de Bentrott et Margrett (2011), les situations d'intimité sexuelle impliquant un aîné ayant un diagnostic de TNC peuvent être perçues comme étant des comportements problématiques et non l'expression d'un besoin, mais il n'est pas fait mention de l'influence que cela peut avoir dans l'implication de la famille dans la prise de décision. Le gouvernement du Québec (2021) a toutefois noté qu'il y a une forte ingérence de la part de la famille dans la prise de décision lorsque l'aîné a un TNC. Il souligne également que cette ingérence est aussi présente par l'institution. Nos résultats ont montré que lors des situations d'intimité sexuelle impliquant un aîné ayant

un diagnostic de TNC, cela amenait surtout des questionnements et des réflexions au personnel concernant la capacité de l'aîné à consentir. Le réflexe était souvent de se tourner vers un consentement substitué qui était le représentant légal ou un membre de la famille. D'ailleurs, dans une étude menée par Lefebvre et Gauillard (2015) et une autre de Frankowski et Clark (2009), il a été observé que le personnel trouvait difficile d'évaluer le consentement de l'aîné à la relation d'intimité surtout dans le contexte où celui-ci présente un TNC. Étant donné que les personnes ayant un TNC représentent 80 % de la population en CHSLD, il n'est pas étonnant que ce diagnostic et son impact sur le quotidien du personnel lors de situation d'intimité sexuelle soient une préoccupation constante (INESSS, 2018).

Plusieurs études (Gouvernement du Québec, 2021; Mahieu et Grastmans, 2015; Bauer, 2013; Frankowski et Clark, 2009; Thibaud et Hanicotte, 2007; Walker et Harrington, 2002) ont démontré que le manque de connaissances et de formation au sujet de la sexualité des aînés influençait la perception du personnel lors de la prise de décision dans les situations d'intimité sexuelle. Cette affirmation va dans le même sens que nos résultats, mais avec une nuance. Bien que la formation n'ait pas été mentionnée, un lien a pu être fait entre l'aisance des participants à intervenir dans les situations d'intimité sexuelle des aînés et leurs expériences antérieures. En fait, les participants qui avaient déjà vécu des situations similaires à celles exposées par les vignettes se sentaient plus à l'aise de nommer les interventions qu'ils mettraient en place. Donc, le participant pouvait se référer à son savoir expérientiel. Toutefois, les participants n'ayant jamais été confrontés à une situation similaire avaient un malaise à mettre en place des interventions puisqu'ils n'avaient pas de référents sur lesquels se baser. D'ailleurs, les

participants qui pouvaient mettre à profit leur savoir expérientiel concernant les situations d'intimité sexuelle chez les aînés ont semblé plus à l'aise à soutenir la relation. Nos résultats vont dans le même sens que l'étude de Boivin (2014) qui explique qu'il y a souvent un écart entre ce que le personnel a appris dans la théorie et la mise en application de façon concrète lorsqu'une situation survient. Le contenu des formations initiales n'a pas été questionné, mais le bref survol des programmes professionnels, collégiaux et universitaires faisait état de contenu très minimal sur la sexualité et parfois inexistant. Par ailleurs, il semble que le personnel doit prendre des décisions en ne se basant pas seulement sur les politiques organisationnelles en place, mais aussi en mobilisant son expérience professionnelle, ce que plusieurs participants ont fait lors de la présentation des vignettes. Rappelons que la majorité des participants comptaient plus de dix années d'expérience professionnelle avec les aînés en hébergement, ce qui n'est pas nécessairement représentatif de la situation de la main d'œuvre en CHSLD, surtout depuis la formation accélérée et l'embauche massive de préposés aux bénéficiaires à la suite des premières vagues de la COVID-19 (Boily et Desrosiers, 2021).

La dimension du milieu de vie est la deuxième qui a été la plus abordée par les participants comme influençant leur prise de décision. En fait, les vignettes cliniques permettaient d'exposer les enjeux au niveau de l'environnement physique en CHSLD dont les chambres semi-privées, les rideaux qui séparent les lits et les lits simples. Ces différents éléments ont eu beaucoup d'impact sur les interventions et dans la possibilité pour l'aîné d'avoir la relation d'intimité souhaitée. Certains participants étaient réticents à favoriser la situation d'intimité sexuelle en raison de la chambre semi-privée et des enjeux de sécurité reliée aux lits simples. Dupras et Soucis (2008) ont d'ailleurs soulevé

que le manque d'intimité causé par l'environnement physique en milieu d'hébergement est un aspect évoqué par les aînés comme étant une cause de la difficulté d'expression de leur sexualité. Les résultats exposés dans les études de Mahier et Gastmans (2015), Séguin-Brault (2015), Doll (2013), Frankowski et Clark, 2009 et Colson (2007) ainsi que dans les rapports du gouvernement du Québec (2021) et de l'Assemblée nationale du Québec (2013) faisaient également le constat que l'environnement physique en milieu d'hébergement ne favorise pas les relations d'intimité sexuelle des aînés, comme constaté dans notre étude.

La pratique des intervenants

Pour ce qui est du deuxième objectif, dans la littérature, il a été constaté que les interventions utilisées par le personnel pouvaient être de réprimander l'aîné, soit en faisant un transfert de milieu ou encore de donner une médication pour l'inhibition (Gouvernement du Québec, 2021; Bentrutt et Margrett, 2011), en mettant en œuvre une approche d'évitement qui met fin à la relation d'intimité (Conseil des aînés, 2010; Thibaud et Hanicotte, 2007; Colson, 2007; Lamy et coll., 2013) ou en utilisant un ton ferme pour mettre fin à l'acte (Thibaud et Hanicotte, 2007). Une intervention qui peut également être mise en place est de contacter la famille (Makimoto, 2015; Frankowski et Clark, 2009; Thibaud et Hanicotte, 2007). Lors de notre étude, dans certaines circonstances, il a pu être observé que certains participants ne permettraient pas la relation d'intimité et utiliseraient des approches telles que décrites dans la littérature, dont une approche d'évitement, de donner une médication pour l'inhibition ou de contacter la famille. Ces approches ont surtout été utilisées en raison des restrictions au niveau de l'environnement physique (chambres semi-privées et lits simples), des diagnostics de TNC, de l'opinion de la famille, des politiques organisationnelles

nommées dans les vignettes et le fait qu'une des deux personnes soit mariée. L'étude de Wilkins (2015) a également fait le constat que l'interdiction d'avoir une relation d'intimité sexuelle en milieu d'hébergement est surtout présente lorsqu'un aîné impliqué présente un TNC. Toutefois, dans notre étude, pour la majorité des situations, il a été démontré que les intervenants faisaient preuve d'ouverture concernant la relation d'intimité sexuelle de l'aîné et tentaient de mettre des interventions en place ou de trouver des solutions pour favoriser la relation et répondre aux besoins de l'aîné. D'ailleurs, Schouten et ses collaborateurs (2021) ont fait le constat que le personnel en milieu d'hébergement reconnaissait la sexualité comme un besoin chez l'aîné et qu'il s'agissait également d'un droit en milieu d'hébergement.

Nos résultats ont démontré que tous les intervenants ont présenté une ouverture à permettre la relation entre deux hommes et ont tenté de mettre des interventions en place pour favoriser la relation. Or, dans la littérature, il a été constaté qu'il existait une forte discrimination en milieu d'hébergement concernant les aînés faisant partie de la communauté LGBTQ+ et cette discrimination serait plus marquée envers les hommes (Ellis et al. 2002 et Herek, 2000 dans Ahrendt et al., 2017; Mahieu et Gastmans, 2015). Dans notre vignette clinique, le fait que les deux hommes étaient mariés a certainement influencé les interventions du personnel de façon positive, mais la vignette semble avoir été traitée sur une base égalitaire aux deux autres vignettes qui présentaient deux personnes de sexe opposé.

Cadres conceptuels

Pour ce qui est des cadres conceptuels, le premier cadre conceptuel qui a été élaboré à partir des résultats des études recensées pourrait être bonifié pour y inclure les

déterminants nommés par les participants alors qu'ils ne se retrouvaient pas dans le cadre conceptuel. Il s'agit des valeurs professionnelles, de la logistique de l'intervention, des conséquences sur l'utilisateur, de l'impact sur la relation de confiance et de la dynamique conjugale.

En ce qui concerne le deuxième cadre conceptuel du modèle d'aide à la décision d'Ottawa, il n'a pas permis d'ajouter d'éléments ni de bonifier le premier cadre conceptuel lors du processus de codification et d'analyse des résultats. Celui-ci est surtout centré sur le processus de décision tandis que cette présente étude se concentrait surtout sur les déterminants d'aide à la décision. Ainsi, ce cadre conceptuel s'est avéré peu utile pour répondre aux objectifs fixés. D'ailleurs, il pourrait être pertinent de bonifier la première colonne du modèle qui concerne l'évaluation des besoins pour y inclure davantage d'éléments en dehors de l'individu (par exemple la qualité de ses relations familiales ou encore les contraintes architecturales) pour permettre une vision davantage systémique en vue d'une prise de décision éclairée.

4.2 Pistes futures de recherche

Cette étude s'est centrée sur les éléments d'aide à la prise de décision du personnel en milieu d'hébergement. Les éléments pris en compte par la famille et les proches lorsqu'ils sont sollicités par le personnel et qu'ils doivent prendre la décision de permettre ou non la relation d'intimité sexuelle de l'aîné n'ont pas été explorés. Il pourrait être pertinent lors d'une prochaine étude d'explorer quels sont les éléments appuyant la prise de décision de la famille et des proches dans ce type de situation et ainsi faire un comparatif avec les déterminants pris en compte par le personnel.

Lors de cette étude, nous avons pu observer un lien entre le diagnostic de l'aîné et l'implication de l'aîné et de la famille dans la prise de décision. Étant donné qu'il s'agit d'un sujet encore peu exploré dans la littérature scientifique, nous croyons que cet aspect pourrait être davantage approfondi dans de futures études.

4.3 Recommandations

Lors de notre étude, le consentement substitué a souvent été abordé par les participants pour déterminer la possibilité de permettre ou non la relation. La notion de consentement substitué amène une certaine complexité. En fait, dans une situation d'intimité sexuelle, il peut y avoir des risques pour l'aîné d'aller vers un consentement substitué, car une tierce personne n'est pas en mesure de déterminer si l'aîné désire ou non la relation d'intimité sexuelle. Donc, il peut y avoir le risque que la tierce personne soit en accord avec la relation et que les intervenants permettent la relation alors que l'aîné n'est pas en accord, mais est incapable de l'exprimer clairement en raison de son TNC. À ce jour, il n'y a pas de formation officielle au Québec dédiée au consentement à la relation d'intimité d'un aîné présentant un TNC. Donc, la plupart des intervenants se réfèrent à l'évaluation du consentement aux soins, ce qui amène une limite à l'évaluation et l'intervention puisqu'il peut être difficile pour la personne aînée de répondre à tous les critères de la Nouvelle-Écosse, mais être tout de même apte à consentir à la relation. Walker a développé une formation aux États-Unis qui a pu être mise à l'étude et s'est avérée très positive pour le personnel (Walker et Harrington, 2002), mais celle-ci n'a pas migré vers le système québécois. Quelques auteurs ont élaboré un canevas d'évaluation du consentement dans le cas d'une situation d'intimité sexuelle de l'aîné, dont le modèle de Lichtenberg et Strezepek, le modèle des six critères de Gaile et Henderson et le

modèle de White basé sur le consentement aux soins (Wilkins, 2015). Le gouvernement du Québec a également amené des pistes d'évaluation dans ce type de situation (Gouvernement du Québec, 2021). La première recommandation serait de développer une formation au Québec concernant le consentement de l'aîné ayant un TNC adaptée aux situations d'intimité sexuelle et mettre sur pied un outil d'évaluation pour les intervenants pour éviter de causer préjudice aux aînés dans ce genre de situation. Toutefois, cette recommandation aura un effet réel sur la qualité des interventions si elle s'accompagne en amont d'une formation adéquate pour les intervenants en CHSLD sur les TNC et sur la sexualité des aînés.

La deuxième recommandation serait d'intégrer les politiques ministérielles et organisationnelles lors de l'orientation de nouveaux employés en milieu d'hébergement et de faire des liens concrets avec la pratique. Par exemple, présenter l'approche milieu de vie en CHSLD, faire connaître les différentes approches à privilégier selon les politiques en place dans le milieu d'hébergement et expliquer ce qui est attendu par l'établissement lorsque survient une situation d'intimité sexuelle chez l'aîné. Puisqu'il a pu être démontré par différentes études ainsi que nos résultats que le savoir expérientiel était important dans la prise de décision, il pourrait être bénéfique de faire des mises en situation avec le personnel auxquelles celui-ci pourrait se référer et faire des liens avec les politiques lorsqu'il sera confronté à une situation d'intimité sexuelle dans sa pratique. Donner des exemples, faire des mises en situation et favoriser une démarche réflexive pour donner suite à l'exposition à des situations réelles permettraient au personnel de mieux intégrer les politiques à leurs pratiques et éviter que cela demeure flou et anecdotique. Cette recommandation repose aussi sur la formation, mais aussi sur différents dispositifs comme la consultation et supervision clinique, les groupes de

codéveloppement ainsi que le coaching post formation pour s'assurer que les bonnes pratiques demeurent et soient partagées avec les nouveaux intervenants.

4.4 Limites de l'étude

Concernant les limites de l'étude, la taille souhaitée de l'échantillon n'a pas été obtenue. L'échantillon visé se situait entre 12 et 15 participants pour être suffisamment représentatif. Étant donné diverses raisons, dont le contexte de pandémie et le manque important de personnel en milieu d'hébergement, seulement cinq participants ont répondu à l'appel, ce qui amène une limite à la transférabilité des résultats. Un échantillon plus important aurait peut-être pu démontrer un lien entre la prise de décision des participants dans les relations d'intimité sexuelle des aînés et le nombre d'années d'expérience de ceux-ci, par exemple. Comme mentionné plus haut, la majorité des participants avaient une expérience significative en terme d'années en CHSLD et avec les aînés. Un plus gros échantillon composé de personnes avec des expériences variées, des novices à des expérimentés, aurait pu amener des résultats différents en ce qui concerne le raisonnement clinique et les interventions privilégiées lors d'une situation d'intimité sexuelle. Autrement dit, les participants de l'étude étaient plus favorables et à l'aise d'intervenir, en raison possiblement, de leur expérience.

En raison du contexte pandémique, nous n'avons pas pu obtenir d'entrevues avec des infirmiers et des infirmiers auxiliaires ce qui nous aurait permis d'avoir une meilleure perspective de l'ensemble des interventions en milieu d'hébergement dans les situations d'intimité sexuelle des aînés. Il aurait été plus aisé d'observer et de se prononcer sur les distinctions ou ressemblances entre les différentes formations d'autant plus que le personnel infirmier occupe une place importante en milieu d'hébergement

puisque la majorité du personnel s'y réfère. En fait, lors de cette étude, malgré un échantillonnage plus petit, nous avons pu voir une tendance selon les formations des participants. Toutefois, avec un échantillonnage plus grand et des participants ayant la formation en soins infirmiers, il aurait été possible de constater si la tendance se serait maintenue ou non.

De plus, nous souhaitons avoir des participants de différents milieux (différentes installations, différentes structures administratives) pour vérifier s'il y a une différence notable entre le milieu public et le milieu privé conventionné, par exemple. Toutefois, étant donné le contexte de pandémie, l'étude a pu se concentrer uniquement sur différents CHSLD du Groupe Champlain qui sont uniquement des milieux privés conventionnés.

4.5 Forces de l'étude

L'utilisation des vignettes cliniques est une force de l'étude. Celles-ci ont permis de mettre les participants dans des situations précises et d'avoir accès à leur processus réflexif selon les différentes situations. Les vignettes ont également permis de moduler les situations et d'y ajouter des éléments au moment désiré dans l'entrevue et ainsi être en mesure de déterminer à partir de quels éléments les interventions des participants se modifiaient.

CONCLUSION

Pour conclure, les aînés continuent d'avoir des désirs sexuels malgré le vieillissement et les modifications sur le plan physiologique, psychologique et sociologique (Mahieu et Gastmans, 2015; Conseil des aînés, 2010). Ces modifications peuvent leur apporter des complications aux relations sexuelles. D'ailleurs, les relations

sexuelles se modifient avec l'âge et rendent l'expression de la sexualité des aînés différente de celle des jeunes adultes (Badeau et Bergeron, 1991; Colson, 2007). La croyance populaire dans notre société qui stipule que les aînés n'ont plus d'envies sexuelles agrmente le tabou de la sexualité des aînés. Elle influence également l'attitude du personnel en hébergement public à l'égard des rapports intimes qu'entretiennent les résidents (Conseil des aînés, 2004; Conseil des aînés, 2010). Souvent, l'utilisation d'un ton ferme pour moraliser la personne et l'approche d'évitement sont les approches valorisées dans les milieux (Conseil des aînés, 2010; Thibaud et Hanicotte, 2007; Colson, 2007; Lamy et coll., 2013; Plouffe et Plamondon, 1989). De plus, le manque de connaissance et de formation auprès du personnel soignant engendre une incompréhension du besoin pour les aînés d'avoir une bonne qualité de vie sexuelle (Thibaud et Hanicotte, 2007; Mahieu et Grastmans, 2015). L'organisation des lieux physiques en hébergement influence l'expression de la sexualité des aînés. En fait, elle limite la possibilité de relations d'intimité sexuelle (Mahieu et Gastmans, 2015; Séguin-Brault, 2015; Doll, 2013; Colson 2007). La chambre d'intimité a été utilisée comme solution pour certains centres d'hébergement. Cependant, elle ne permet pas aux résidents d'exprimer leur sexualité de façon spontanée et leur demande une organisation et une planification (Dupras, 2007). Malgré les orientations ministérielles concernant les centres d'hébergement public au Québec visant à favoriser le concept de milieu de vie, l'expression de la sexualité chez les aînés vivant dans ces établissements demeure encore difficile. Pourtant, il s'agit d'un besoin important pour les aînés et la privation de cette liberté sexuelle peut entraîner des conséquences sur leur qualité de vie et leur bien-être, dont le repli sur soi (Séguin-Brault, 2015; Bentrrott et Margrett, 2011). Ainsi, cette étude a tenté de répondre à la question : Quels éléments influencent la prise de décision

des intervenants dans une situation d'intimité sexuelle chez les aînés vivant en milieu d'hébergement?

Cette étude avait pour objectif général d'identifier les différents éléments qui influencent la prise de décision des intervenants dans les situations d'intimité sexuelle des aînés en milieu d'hébergement. Plus précisément, elle tentait de répondre à deux objectifs plus spécifiques : 1) Explorer les éléments pris en compte par les intervenants lorsqu'ils doivent agir dans les situations d'intimité sexuelle des aînés en milieu d'hébergement; 2) Expliciter la pratique des intervenants en milieu d'hébergement dans les situations d'intimité sexuelle des aînés. Pour répondre à ces objectifs, un cadre conceptuel basé sur vieillir en santé et sur la littérature a été utilisé ainsi que le modèle d'aide à la décision d'Ottawa. Le premier cadre conceptuel a également été utilisé pour bâtir les vignettes cliniques ayant été utilisées comme canevas d'entrevue.

Les résultats ont permis de constater que les caractéristiques reliées à l'aîné et au milieu de vie sont les deux grandes dimensions ayant le plus important impact dans la prise de décision des intervenants lorsqu'ils doivent intervenir dans une relation d'intimité sexuelle auprès d'un aîné vivant en milieu d'hébergement. De plus, une tendance a pu être établie entre les éléments pris en compte par les différents intervenants et leur profession. Toutefois, aucun lien n'a pu être établi entre les éléments pris en compte et le nombre d'années d'expérience des participants.

Les résultats de l'étude ont permis d'émettre des recommandations, dont la création d'une formation centrée sur l'évaluation du consentement de l'aîné dans les situations d'intimité sexuelle et aussi de mieux intégrer les politiques organisationnelles lors de l'intégration des nouveaux employés en milieu d'hébergement. Une formation et un outil d'évaluation centrés sur l'évaluation du consentement de l'aînée dans les

situations d'intimité sexuelle notamment lors de la présence d'un TNC seraient importants surtout pour les travailleurs sociaux étant donné qu'ils sont souvent les intervenants interpellés dans ce type de situation pour intervenir auprès de l'aîné et la famille.

Cette étude peut servir de référence dans les situations d'intimité sexuelle pour pister notre réflexion et nos interventions en tant que travailleur social. Elle permet également d'avoir une vision écosystémique de la situation pour mieux intervenir dans ce type de situation lorsque nous y sommes confrontés. Cette étude permet également de sensibiliser les travailleurs sociaux aux différents éléments à prendre en compte lorsque l'on doit intervenir dans une situation d'intimité sexuelle.

Bien que cette étude fût centrée sur la prise de décision des intervenants ainsi que les interventions utilisées, différents sujets auraient intérêt à être approfondis davantage. Par exemple, quelles sont les perspectives des proches et des familles concernant la sexualité des aînés et quels sont les éléments sur lesquels ils se basent pour prendre la décision de permettre ou non la relation d'intimité sexuelle lorsqu'ils sont impliqués?

BIBLIOGRAPHIE

- Abeykoon, H. et Lucyk, K. (2016, 26 janvier). *Sexe et aînés : point de vue*. Repéré à <https://www.cpha.ca/fr/sexe-et-aines-point-de-vue>
- Ahrendt, A., Sprankle, E., Kuka, A., et McPherson, K. (2017). Staff Member Reactions to Same-Gender, Resident-to-Resident Sexual Behavior Within Long-Term Care Facilities, *Journal of Homosexuality*, Volume 64 (Numéro 11), p.1502-1518. DOI: 10.1080/00918369.2016.1247533
- Assemblée nationale du Québec. (2013). *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée : Mandat d'initiative*. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/csss/mandats/Mandat-23131/index.html>
- Badeau, D. et Bergeron, A. (1991). *La santé sexuelle après 60 ans*. Montréal : Éditions du Méridien.
- Balas-Chanel, A. (2002). L'Entretien d'explicitation. Accompagner l'apprenant vers la métacognition explicite, *Recherches & Éducation*. DOI : <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.4000/rechercheseducations.159>
- Bauer, M., McAulife, R., Nay, R et Chenco, C. (2013). Sexuality in older adults: effect of an education intervention on attitudes and beliefs of residential aged care staff, *Educational gerontology*, Volume 39, P.82-91. DOI: 10.1080/03601277.2012.682953
- Beaulieu, M. (2017). TRS 756 : Recherche qualitative [Présentation PowerPoint]. Repéré dans l'environnement moodle UDES <https://www.usherbrooke.ca/moodle2-cours/>
- Beaulieu, M., Leboeuf, R., Pelletier, C., Cadieux Genesse, J. (2018). Chapitre 6 : Maltraitance envers les personnes âgées. Dans *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Repéré à <http://www.inspq.qc.ca>
- Bentrott, M. D. et Margaret, J. A. (2011). Taking a Person-Centered Approach to Understanding Sexual Expression among Long-term Care Residents: Theoretical Perspectives and Research Challenges. *Springer Science*, Volume 36. P. 401-417. DOI : 10.1007/s12126-011-9110-7
- Bernard, R. (2020). *Optimiser les Pratiques, les Usages et les Soins — Antipsychotiques (OPUS-AP)* (Mémoire de maîtrise). Université de Sherbrooke, Québec, Canada. Repéré à https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/16382/Bernard_Rebecca_MA_2020.pdf?sequence=7&isAllowed=y
- Boily, D. et Desrosiers, S. (2021, 16 juillet). 92 % des « préposés à Legault » toujours en

emploi. *Radio-Canada*. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1809467/chlsd-sante-aines-pandemie-embauches>

- Boivin, J. (2014). La souffrance des soignants : Rapport à la norme et à l'institution: enjeux psychiques et enjeux éthiques. Dans Couturier et Aubry (dir.), *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes : Entre domination et autonomie* (Presse de l'université du Québec, 268 p.) Repéré à <https://ebookcentral.proquest.com/lib/usherbrookemgh-ebooks/detail.action?docID=3296173>.
- Boucher, A. (2014). *Sexualité, bien-être sexuel et actualisation sexuelle des individus à la retraite et en santé, âgés de 65 ans et plus et vivant en couple hétérosexuel* (Mémoire de maîtrise). Université de Sherbrooke, Québec, Canada. Repéré à http://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/5880/Boucher_Annabelle_MA_2014.pdf?sequence=1
- Bourgois, L. (2016). Assurer la rigueur scientifique de la recherche-action. *Les éditions de l'Université de Sherbrooke*. P.6-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.17118/11143/8807>
- Boutros, M. (2019, 18 novembre). Le sexe chez les aînés, un tabou qui perdure. *Le Devoir*. Repéré à <https://www.ledevoir.com/societe/567240/le-sexe-chez-les-aines-un-tabou-qui-perdure>
- Bos-Touwen, I., Trappenburg, J., Van der Wulp, I., Schuurmans, M. et de Wit, N. (2017). Patient factors that influence clinicians' decision making in self-management support: A clinical vignette study. *Plos One*, P. 1-14. DOI:10.1371/journal.pone.0171251
- Butori, R. et Parguel, B. (2012). *Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur*. Repéré à <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00636228/document>
- Cardinal, L. et al. (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : Proposition d'un modèle conceptuel*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/860_PerspectiveVieillissementSante.pdf
- Cazale, L. et al. (2006). Développement et application d'une vignette clinique pour apprécier la qualité des soins en oncologie. *Epidemiol Sante Publique*, (Numéro 54), 407-420. Repéré à https://ac-els-cdn-com.ezproxy.usherbrooke.ca/S0398762006767396/1-s2.0-S0398762006767396-main.pdf?_tid=c9f938d4-1533-48dd-a4eb-e024dfbe2ffb&acdnat=1541249618_0dc92201724a711fa22238348671b40e
- CEGEP Garneau. (2019). Soins infirmiers. Repéré à <https://www.cegepgarneau.ca/programmes-formations/techniques/soins-infirmiers#grille-de-cours>

- CEGEP Limoilou. (2019). Soins infirmiers. Repéré à <https://www.cegeplimoilou.ca/formations/diplomes-d-etudes-collegiales-dec-technique/180a0-soins-infirmiers/>
- CEGEP de Drummondville. (2019). Soins infirmiers. Repéré à <https://www.cegepdummond.ca/programme/soins-infirmiers/>
- CEGEP de Saint-Hyacinthe. (2019). Soins infirmiers. Repéré à <https://www.cegepsth.qc.ca/programme/soins-infirmiers/grille-de-cours/>
- Centre 24-juin. (2013a). Assistance à la personne en établissement de santé (DEP). Repéré à <https://centre24juin.ca/sante/assistance-a-la-personne-en-etablissement-de-sante-dep/>
- Centre 24-juin. (2013b). Santé, assistance et soins infirmiers (DEP). Repéré à <https://centre24juin.ca/sante/sante-assistance-et-soins-infirmiers-dep/>
- Centre de formation professionnelle l'Émergence. (s.d.a). Assistance à la personne en établissement de santé (DEP). Repéré à <http://www.lemergence.qc.ca/formations/25-assistance-personne-en-etablissement-sante-dep.html>
- Centre de formation professionnelle l'Émergence. (s.d.b). Santé, assistance et soins infirmiers (DEP). Repéré à <http://www.lemergence.qc.ca/formations/27-sante-assistance-soins-infirmiers-dep.html>
- CIUSSS de la Capitale-Nationale. (2017). *Pour les aînés, une sexualité en santé et enchantée*. Repéré à <http://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/pour-les-aines-une-sexualite-en-sante-et-enchantee>
- CIUSSS de la Capitale-Nationale. (2022). *Troubles cognitifs*. Repéré à <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/personnel-sante/infirmiers/documents-soins-infirmiers/guidepti-sm/constats-guides-cliniques/troubles-cognitifs>
- CIUSSSE-CHUS. (2018). *Quelques données sur la maladie d'Alzheimer*. Repéré à <https://www.santeestrie.qc.ca/nouvelle/quelques-donnees-sur-la-maladie-dalzheimer>
- Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. (2015). *Formation unifiée : OEMC/SMAF-Social/profil ISO-SMAF/RSIPA/Plan d'intervention*. Santé et Services Sociaux Québec. 203 pages.
- Colson, M.-H. (2007). Sexualité après 60 ans, déclin ou nouvel âge de vie. *Elsevier Masson, Volume 1* (Numéro 16), p.91-101. Repéré à <https://eds-b-ebscobhost-com.ezproxy.usherbrooke.ca/eds/detail/detail?vid=2&sid=2164bea6-4ceb-4892->

[bf02-682ac21925b4%40sessionmgr104&hid=127&bdata=Jmxhbmc9Znlmc2l0ZT1lZH MtbGI2ZQ%3d%3d#AN=S1158136006001757&db=edselp](https://www.csdessommets.qc.ca/formations/assistance-a-la-personne-en-etablissement-de-sante/#inscription)

Commission scolaire des sommets. (2019). Assistance à la personne en établissement de santé. Repéré à <https://www.csdessommets.qc.ca/formations/assistance-a-la-personne-en-etablissement-de-sante/#inscription>

Commission scolaire Marie-Victorin. (2019). Santé, assistance et soins infirmiers. Repéré à <https://www.csmv.qc.ca/formation-professionnelle/programmes/sante-assistance-et-soins-infirmiers/>

Conseil des aînés. (2004). *Document de réflexion sur la sexualité des aînés*. Repéré à http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/27623.pdf?Archive=104989192216&File=27623_pdf

Conseil des aînés. (2010). *Avis sur l'âgisme envers les aînés : état de la situation*. Repéré à <http://www.agisme.fr/spip.php?article61>

Couturier, Y. (2016). TRS 308 : Méthodologie de recherche sociale II [Présentation PowerPoint]. Récupéré dans l'environnement Moodle UDES <https://moodle.usherbrooke.ca/course/view.php?id=10764>

CREGÉS (2021). La sexualité des aînés : quelle gestion par les professionnels? Repéré à <https://www.creges.ca/activite/la-sexualite-des-aines-quelle-gestion-par-les-professionnels/>

CSSS-IUGS. (2017). Hébergement. Repéré à <http://www.csss-iugs.ca/hebergement>

Devos, A. (2012). *La représentation de la sexualité des aînés*. Repéré à http://www.eneo.be/images/analyses/2012/2012-12_la_representation_de_la_sexualite_des_aines.pdf

Doll, M. G. (2013). Sexuality in nursing homes : Practice and policy. *Journal of gerontological nursing, Volume 39* (Numéro 7). P. 30-37. DOI : 10.3928/00989134-20130418-01

Dubé, D. (2006). *Humaniser la vieillesse*. Repéré à <https://eds-b-ebsohost-com.ezproxy.usherbrooke.ca/eds/detail/detail/bmxlYmtfXzI1ODk5MF9fQU41?si d=c61adb74-a4cf-4978-9d61-33acfd6b6347@sessionmgr103&vid=3#AN=258990&db=nlebk>

Dubuc, N., Bonin, L., Tourigny, A., Mathieu, L., Couturier, Y., Tousignant, M., Corbin, C., Delli Colli, N., Raïche, M. (2013, Apr.-June). Development of integrated care pathways: toward a care management system to meet the needs of frail and disabled community-dwelling older people. *International Journal of Integrated Care*, P. 1-13. Repéré à www.ijic.org

- Dupras, A. (2007). La chambre d'intimité en institution : Innovation et paradoxes. *Gérontologie et société, Volume 30* (Numéro 122), p. 107-124. DOI : 10.3917/g.s.122.0107
- Dupras, A. (2016). Une sexualité en santé et enchantée pour les personnes âgées. *Empan, Volume 1* (numéro 102), p. 123-129. DOI : [10.3917/empa.102.0123](https://doi.org/10.3917/empa.102.0123)
- Dupras, A. et Soucis, P. (2008). La sexualité des personnes âgées : bilan des recherches québécoises. *Elsevier Masson, Volume 1* (Numéro 17), p.190-198. DOI : 10.1016/j.sexol.2007.12.009
- Famille Québec. (2017). *Les personnes âgées de 65 ans ou plus : données populationnelles*. Repéré à <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/aines/chiffres-aines/Pages/personnes-agees-65-plus-donnes.aspx>
- Fortin, M-F. (1996). *Le processus de la recherche de la conception à la réalisation* (2^e édition). Décarie éditeur.
- Frankowski, C. et Clark, L. (December 2009). Sexuality and intimacy in assisted living: resident's perspectives and experiences. *Sexuality Research & social policy, Volume 6* (Numéro4), P.25-37. DOI:10.1525/srsp.2009.6.4.25
- Gagnon, É. (Février 2019). Les CHSLD doivent bénéficier de plus de moyens, mais aussi être au coeur d'une réflexion collective sur les soins, les responsabilités et les solidarités. *Relations 800*. 12 P.
- Gouvernement du Québec. (2019a). Hébergement d'un adulte en centre d'hébergement ou en résidence. Repéré à <http://www4.gouv.qc.ca/FR/portail/citoyens/evenements/aines/pages/placement-adulte-centre-hebergement.aspx>
- Gouvernement du Québec. (2019). Définition et contenu. Repéré à <http://www.education.gouv.qc.ca/parents-et-tuteurs/services-de-garde/redaction-dune-politique-guide/definition-et-contenu/>
- Gouvernement du Québec. (2021). Amour, sexualité et démence en milieu d'hébergement: réflexions pour guider les pratiques. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002949/>
- Groupe Champlain. (2016). *Comité d'éthique clinique : Avis sur l'activité sexuelle des personnes hébergées*. 2 pages.
- INESSS. (2018). Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Repéré à https://guides.bib.umontreal.ca/ckfinder/ckeditor_assets/attachments/tableau-apa-7e.pdf

- Institut de la statistique du Québec. (2016). *Espérance de vie à la naissance et à 65 ans selon le sexe, Québec, 1975-1977 à 2015*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/deces-mortalite/4p1.htm>
- Institut de recherche de l'hôpital d'Ottawa. (2015). Modèle d'aide à la décision d'Ottawa (MADO). Repéré à <https://decisionaid.ohri.ca/francais/mado.html>
- Jörg, F., Borgers, N., Schrijvers, A. et Hox, J. (2006). Variation in Long-Term Care Needs Assessors' Willingness to Support Clients' Requests for Admission to a Residential Home. *Journal of aging and health, Volume 18* (Numéro 6), p. 767-790. DOI:10.1177/0898264306293605
- L'APPUI. (s.d.). Les types d'hébergement. Repéré à <https://www.lappui.org/Conseils-pratiques/Hebergement/Les-types-d-hebergement>
- Lamy, G. et coll. (2013). Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la sexualité... Des aînés. *Pluriâges, Volume 4* (Numéro 1), 52 p. http://www.creges.ca/wp-content/uploads/2015/03/Pluriages_Automne2013_Final.pdf
- Lavoie, A-M. , Lapierre, S. et Benoit, M. (2008). Le relogement en centre d'hébergement d'un conjoint atteint de problèmes cognitifs : l'expérience des épouses. *Association de recherche en soins infirmiers, Volume 3* (Numéro 94), p.80-91. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-3-page-80.htm>
- Lefebvre, V. et Gauillard, J. (2015). Sexualité et avancée en âge. *John Libbey Eurotext : L'information psychiatrique, Volume 91* (Numéro 9), Pages 740-746. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-9-page-740.htm>
- Légaré, F. (2009). Le partage des décisions en santé entre patients et médecins. *Recherche sociographique Université Laval, Volume 50* (Numéro 2), p. 283-299. <https://doi.org/10.7202/037958ar>
- Les 3 sex* (n.d.). Mission et volets. Repéré à <https://les3sex.com/fr/a-propos>
- Letrilliart, L., Bourgeois, I., Vega, A., Cittiée,J., Lutsman, M. (2009). Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *Exercer, Volume 20* (Numéro 88), p. 106-112. Repéré à <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/09/Glossaire-recherche-quali-2e-partie.pdf>
- Lévesque, L. (Septembre 2018). Des préposés aux bénéficiaires ont compté 543 bains non donnés. *Presse Canadienne*. Repéré à <https://eds-a-ebsohost-com.ezproxy.usherbrooke.ca/eds/detail/detail?vid=1&sid=c5f97119-dec1-416b-9b53-f7406f671cd2%40sessionmgr4010&bdata=Jmxhbmc9ZnImc210ZT11ZHMTbG12ZQ%3d%3d#AN=MYP132102925518&db=n5h>

- L'Organisation mondiale de la santé. (2016). Santé mentale et vieillissement. Récupéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/fr/>
- Maeland, S. et al. (2016). Correspondence in Stakeholder Assessment of Health, Work Capacity and Sick Leave in Workers with Comorbid Subjective Health Complaints? A Video Vignette Study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, Volume 26, p.340-349. DOI 10.1007/s10926-015-9618-x
- Mahieu, L. et Gastmans, C. (2015). Older residents' perspectives on aged sexuality in institutionalized elderly care: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, Volume 52, p. 1891-1905. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.007>
- Makimoto, K., Sun Kang, H., Yamakawa, M. et Konno, R. (2015). An integrated literature review on sexuality of elderly nursing home residents with dementia. *International Journal of Nursing Practice*, Volume 21, p. 80-90. DOI : 10.1111/ijn.12317
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C. et Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Gaëtan Morin éditeur.
- Mazaurette, M. (2017, 29 janvier). Sexualité des personnes âgées : un grand tabou. *Le Monde*. Repéré à http://www.lemonde.fr/m-perso/article/2017/01/29/la-sexualite-des-personnes-agees-futur-anterieur_5070834_4497916.html
- Ministère de la famille. (2017). Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/aines/plan-action-gouvernemental-contre-maltraitance-aines/>
- Ministère de la Famille et des Aînés. (2012). *Les aînés du Québec*. Repéré à http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Les_aines_du_Quebec.pdf
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Orientations ministérielles*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-830-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2012). *La santé et ses déterminants, mieux comprendre pour mieux agir*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2022). *Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs*. Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-chroniques/alzheimer-et-autres-troubles-neurocognitifs-majeurs/>

- Montpetit, C. (2017, 11 février). La vie sexuelle des personnes âgées. *Le Devoir*. Repéré à <http://www.ledevoir.com/culture/television/491266/la-vie-sexuelle-des-personnes-agees>
- Nuovo, F. (2017, 12 février). Un documentaire intrigant sur la vie sexuelle des aînés. *Radio-Canada*. Repéré à <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1016085/un-documentaire-intrigant-sur-la-vie-sexuelle-des-aines>
- OK2BME. (2019). What does LGBTQ+ mean ?. Repéré à <https://ok2bme.ca/resources/kids-teens/what-does-lgbtq-mean/>
- Plouffe, L. et Plamondon, L. (1989). *Sexualité et vieillissement*. Montréal : Éditions du Méridien.
- Protecteur du citoyen (2021, 28 octobre). Pour un accès à l'hébergement public qui respecte les droits et les besoins des personnes âgées et de leurs proches. Repéré à <https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/2021-10/rapport-special-access-herbergement-public.pdf>
- Protégez-vous. (2016, 1 août). Trois types de lieu d'hébergement en CHSLD. Repéré à <https://www.protegez-vous.ca/Sante-et-alimentation/residence-CHSLD/trois-types-de-lieu-hebergement-en-chsld>
- Quentin, B. (2012). Grand âge et sexualité : d'une modernité à l'autre ou démocratisme contre société des images. *Gérontologie et société, Volume 35* (Numéro 140), p.63-77. <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2012-1-page-63.htm>
- Rey, S. (2015). *Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les aînés vivant en centre de soins de longue durée*. Repéré à https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/07/Guide-de-pratique-clinique-SCPD_Sciences-infirmieres_2015.pdf
- RPCU (Regroupement provincial des comités des usagers). (s.d.). Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Repéré à <http://www.rpcu.qc.ca/fr/lsss11.aspx>
- Schouten, V., Henrickson, M., Cook, C., McDonald, S. et Attefi, N. (2021). Intimacy for older adults in long-term care: a need, a right, a privilege or a kind of care?. *Med ethics*, P. 1-5. DOI 10.1136/medethics-2020-107171
- Séguin-Brault, L. (2015). *Une intervention individuelle visant à faciliter la sexualité des personnes âgées en CHSLD* (Essai critique de stage), Université de Montréal, Québec, Canada. Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/12260/Essai%20critique%20de%20stage_Laurence%20S%25C3%25A9guin-Brault.pdf?sequence=5

- Simpson, P., Horne, M., J.E. Brown, L., Brown Wilson, C., Dickinson, T. et Torkington, K. (2017). Old(er) care home residents and sexual/intimate citizenship. *Ageing and Society, Volume 37*, P. 243-265. DOI : 10.1017/S0144686X15001105
- Soulières, M. et Ouellette, G. (2012). *L'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie au Québec, des enjeux et des parcours difficiles pour les personnes concernées*. Repéré à <http://www.rpcu.qc.ca/hebergement/>
- Thesaurus. (2016). *Définition agir*. Repéré à <http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr/agir/fr-fr/#anchorSynonyms>
- Thibaud, A. et Hanicotte, C. (2007). Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants. *Gérontologie et société, Volume 30* (Numéro 122), p. 125-137. DOI : 10.3917/g.s.122.0125
- Trudel, J.-F. (2005). *Comportements sexuels normaux et désinhibés en contexte de soins de longue durée* (Présentation PowerPoint), Université de Sherbrooke, Québec, Canada. Repéré à http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/5585303.pdf?Archive=103756892193&File=5585303_pdf
- Turenne, M. (2019). *L'exploitation des personnes âgées et handicapées au sens de la charte québécoise et la maltraitance selon la loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*. Repéré à http://www.cdpedj.qc.ca/Publications/avis_exploitation-maltraitance.pdf
- Université de Montréal. (2019a). Baccalauréat en sciences infirmières - Formation initiale - Campus Montréal. Repéré à <https://admission.umontreal.ca/programmes/baccalaureat-en-sciences-infirmieres-formation-initiale-campus-montreal/structure-du-programme/>
- Université de Montréal. (2019b). Baccalauréat en travail social. Repéré à <https://admission.umontreal.ca/programmes/baccalaureat-en-travail-social/structure-du-programme/>
- Université de Sherbrooke. (2018). Baccalauréat en service social. Repéré à <https://www.usherbrooke.ca/admission/programme/228/baccalaureat-en-service-social/>
- Université du Québec. (2017). Sensibiliser le personnel soignant en centre d'hébergement aux besoins en sexualité des aînés. Repéré à <https://uquebec.ca/reseau/fr/contenu/sensibiliser-le-personnel-soignant-en-centre-dhebergement-aux-besoins-en-sexualite-des-aines>
- Université du Québec à Trois-Rivières. (2013). Baccalauréat en sciences infirmières (formation initiale) (7929). Repéré à

https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/apex/f?p=PGMA000:10:::NO:RP,10:P10_CD_PGM:7929

- Université Laval. (2019a). Baccalauréat en sciences infirmières (formation initiale) (b. Sc.). Repéré à <https://www.ulaval.ca/les-etudes/programmes/repertoire/details/baccalaureat-en-sciences-infirmieres-formation-initiale-b-sc.html#description-officielle&structure-programme>
- Université Laval. (2019b). Baccalauréat en service social (B. Serv. Soc.). Repéré à <https://www.ulaval.ca/les-etudes/programmes/repertoire/details/baccalaureat-en-service-social-b-serv-soc.html#description-officielle&structure-programme>
- UOttawa. (s.d.). B.Sc.Soc. spécialisé en service social. Repéré à <https://catalogue.uottawa.ca/fr/premier-cycle/bcsoc-specialise-service-social/#text>
- UQAM. (2017). Baccalauréat en travail social. Repéré à https://etudier.uqam.ca/programme?code=7698#bloc_cours
- UQAR. (2017). Baccalauréat en travail social. Repéré à <https://www.uqar.ca/etudes/etudier-a-l-uqar/programmes-d-etudes/7940>
- Walker, B. et Harrington, D. (2002). Effects of staff training on staff knowledge and attitudes about sexuality. *Educational gerontology*, *Volume 28*, p.639-654. DOI : 10.1080/03601270290081452
- Wilkins, J. (2015), *More than capacity: Alternatives for sexual decision making for individuals with dementia*. *The gerontologist*, *Volume 55* (Numéro 5), p.716-723. DOI: 10.1093/geront/gnv098

ANNEXES

Annexe I : Canevas d'entrevue

Vignette #1

Gérald Tremblay est un **homme** de **87 ans**. Il a eu le diagnostic de **Parkinson** il y a environ 15 ans. M. Tremblay a déménagé au CHSLD il y a environ six mois. Il est **veuf** depuis deux ans, sa femme étant décédée suite à un cancer.

Il y a deux mois, M. Tremblay a fait la rencontre de Mme Thérèse Gendron, une **dame** de **89 ans**. Elle venait tout juste d'emménager au CHSLD. Mme Gendron est **veuve** également. Mme Gendron a fait un AVC majeur il y a cinq ans. Suite à cet événement, elle est restée **paralysée du côté gauche**. Mme se déplace en fauteuil roulant. Elle doit avoir de l'aide pour effectuer l'ensemble de ses transferts.

M. Tremblay et Mme Gendron sont souvent ensemble. Ils s'entendent bien et vous les apercevez parfois se tenir par la main et se donner des marques d'affection. Le couple vous demande de coller deux lits ensemble et d'apporter une **assistance** à Mme afin d'effectuer son transfert au lit pour **répondre au besoin** du couple qui est d'avoir des rapports intimes.

- Comment réagissez-vous et quelles interventions mettez-vous en place?
- Quels facteurs influencent vos interventions? (Lois et politiques ministérielles, la vision de la société, les normes de votre organisation, l'opinion de la famille, votre expérience professionnelle ou personnelle, vos valeurs, les diagnostics de la personne, l'histoire de vie de la personne, etc.)

En quoi les différents facteurs suivants pourraient modifier ou non votre intervention :

1- Tous les lits du milieu sont des **lits simples**. Cependant, Mme Gendron a une **chambre privée** qui est assez **grande** pour permettre d'accueillir un deuxième lit simple.

Est-ce que vous maintenez ou modifiez vos interventions?

Quels sont les facteurs qui influencent vos interventions?

2- Les **politiques** de votre organisation mentionnent qu'« on ne peut exiger des employés qu'ils posent des actes qui les heurtent dans leurs valeurs les plus profondes lorsque ces actes sont à la limite de leur tâche de soignant. Par exemple, il ne serait pas raisonnable de demander à un employé de collaborer étroitement à l'expression d'un besoin sexuel. Que les intervenants soient aidants et ouverts ou, à défaut, tolérants est une chose souhaitable, mais l'on ne peut s'attendre à ce qu'ils soient des participants même indirectement » (Goupe Champlain, 2016 : 2)

Est-ce que vous maintenez ou modifiez vos interventions?

Quels sont les facteurs qui influencent vos interventions?

3- Le fils de M. Tremblay, Marc, vous a déjà mentionné que M. avait une **forte libido**. M. a vécu 5 ans dans une résidence et a eu **plusieurs conjointes**.

Est-ce que vous maintenez ou modifiez vos interventions?

Quels sont les facteurs qui influencent vos interventions?

4- Après vérification, vous avez la confirmation que les deux personnes sont **consentantes** pour cette relation.

Est-ce que vous maintenez ou modifiez vos interventions?

Quels sont les facteurs qui influencent vos interventions?

5- Mme Gendron a un **trouble neurocognitif de type vasculaire**

Est-ce que vous maintenez ou modifiez vos interventions?

Quels sont les facteurs qui influencent vos interventions?

6- C'est la deuxième fois que les deux personnes vous font cette demande. Après vérification auprès des répondants, vous apprenez que le fils de Mme Gendron, **Jean**, **n'était pas en accord** avec cette relation.

Est-ce que vous maintenez ou modifiez vos interventions?

Quels sont les facteurs qui influencent vos interventions?

Vignette #2

Jean-Daniel Bourgeois est un **homme de 69 ans**. Il est au CHSLD depuis trois mois. Il a une **chambre privée**.

Vous allez voir M. Bourgeois pour faire une intervention avec lui. Vous entrez dans sa chambre et vous voyez M. qui se masturbe dans son lit.

- Comment réagissez-vous et quelles interventions mettez-vous en place?
- Quels facteurs influencent vos interventions? (Lois et politiques ministérielles, la vision de la société, les normes de votre organisation, l'opinion de la famille, votre expérience professionnelle ou personnelle, vos valeurs, les diagnostics de la personne, l'histoire de vie de la personne, etc.)

En quoi les différents facteurs suivants pourraient modifier ou non votre intervention :

1- **Vous êtes pressés**, car vous avez dû gérer plusieurs urgences aujourd'hui.

Est-ce que vous maintenez ou modifiez vos interventions?

Quels sont les facteurs qui influencent vos interventions?

2- M. Bourgeois a un **trouble neurocognitif majeur à prédominance frontale** qui occasionne des problèmes de comportement chez M. et de la désinhibition.

Est-ce que vous maintenez ou modifiez vos interventions?

Quels sont les facteurs qui influencent vos interventions?

3- La fille de M., Carole, qui est également sa proche aidante, vous mentionne que M. avait des **troubles de comportements** lorsqu'il habitait chez elle. Elle vous rapporte qu'il arrivait que M. Bourgeois se **masturbe à différents endroits** dans la maison **devant les personnes présentent**. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'elle a décidé de placer son père en milieu d'hébergement.

Est-ce que vous maintenez ou modifiez vos interventions?

Quels sont les facteurs qui influencent vos interventions?

Vignette #3

Diane Pouliot est une **dame** de **72 ans**. Elle a une maladie de **Parkinson**. Elle habite au CHSLD depuis maintenant un an. Mme Pouliot est **veuve** depuis 8 ans.

Alain Dubois est un **homme** de **73 ans**. Il a un **trouble neurocognitif de type vasculaire**. M. est **marié** depuis 51 ans.

Vous rentrez dans la chambre, car vous aviez une rencontre avec la dame et vous retrouvez Mme Pouliot et M. Dubois nus dans le lit de Mme dans leur **intimité**.

- Comment réagissez-vous et quelles interventions mettez-vous en place?
- Quels facteurs influencent vos interventions? (Lois et politiques ministérielles, la vision de la société, les facteurs organisationnels, l'opinion de la famille, les caractéristiques propres à vous-même, les caractéristiques de la personne)

En quoi les différents facteurs suivants pourraient modifier ou non votre intervention :

1- Les **politiques** de votre organisation mentionnent que deux usagers ne peuvent être dans la même chambre.

Est-ce que vous maintenez ou modifiez vos interventions?

Quels sont les facteurs qui influencent vos interventions?

2- Mme Pouliot a développé un **trouble neurocognitif** dû à la maladie de Parkinson.

Est-ce que vous maintenez ou modifiez vos interventions?

Quels sont les facteurs qui influencent vos interventions?

3- Mme Pouliot a une **diminution considérable de ses fonctions cognitives**. Elle présente une faible autocritique, cherche ses mots, oublis fréquents à court terme, est lente à saisir les explications.

Est-ce que vous maintenez ou modifiez vos interventions?

Quels sont les facteurs qui influencent vos interventions?

4- L'infirmière ou TS avait déjà validé le consentement des deux personnes auparavant. Elle vous rapporte qu'il n'y a aucun doute concernant le consentement des deux personnes : Ils sont tous deux **consentant** pour cette relation.

Est-ce que vous maintenez ou modifiez vos interventions?

Quels sont les facteurs qui influencent vos interventions?

5- Après vérification, **la conjointe de M. est en accord**, mais ses **enfants ne sont pas en accord** avec la relation.

Est-ce que vous maintenez ou modifiez vos interventions?

Quels sont les facteurs qui influencent vos interventions?

Vignette #4

Maurice Desruisseaux est un **homme de 82 ans**. Il a une maladie de **Parkinson**. Il est arrivé au CHSLD il y a quelques semaines. Il est **marié à Normand Daigle** depuis près de 10 ans, mais en couple depuis 32 ans. M. Daigle a 76 ans et habite en résidence privée pour personnes âgées. Il vient visiter M. Desruisseaux sur une base régulière.

M. Daigle vous demande la permission pour avoir un **moment d'intimité** avec son mari.

- Comment réagissez-vous et quelles interventions mettez-vous en place?
- Quels facteurs influencent vos interventions? (Lois et politiques ministérielles, la vision de la société, les normes de votre organisation, l'opinion de la famille, votre expérience professionnelle ou personnelle, vos valeurs, les diagnostics de la personne, l'histoire de vie de la personne, etc.)

En quoi les différents facteurs suivants pourraient modifier ou non votre intervention :

1- M. Desruisseaux a une **chambre semi-privée** au CHSLD.

Est-ce que vous maintenez ou modifiez vos interventions?

Quels sont les facteurs qui influencent vos interventions?

2- M. Desruisseaux a développé un **trouble neurocognitif** dû à la maladie de Parkinson.

Est-ce que vous maintenez ou modifiez vos interventions?

Quels sont les facteurs qui influencent vos interventions?

3- Après vérification, vous avez la confirmation que M. Desruisseaux est **consentant** pour cette relation.

Est-ce que vous maintenez ou modifiez vos interventions?

Quels sont les facteurs qui influencent vos interventions?

Question 5 :

Avez-vous déjà vécu une situation d'intimité sexuelle dans votre pratique auprès des aînés vivant en milieu d'hébergement?

Qu'avez-vous fait?

Annexe II : Éléments du cadre conceptuel intégrés dans la vignette #1

VIGNETTE #1	
Dimensions	Éléments de la vignette
Politique	Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux (assistance) et Les principes directeurs servant à orienter les interventions et les prestations de soins et de services par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (répondre au besoin)
Société	
Milieu de vie	Lit simple Chambre privée Politiques organisationnelles Groupe Champlain
Famille et proches	Fils de Mme en désaccord
Personne âgée	Homme Femme 87 ans 89 ans Parkinson Paralysie côté gauche Veuf Veuve Forte libido Plusieurs conjointes TNC vasculaire Consentement des deux personnes

Annexe III : Éléments du cadre conceptuel intégrés dans la vignette #2

VIGNETTE #2	
Dimensions	Éléments de la vignette
Politique	
Société	
Milieu de vie	Chambre privée
Famille et proches	
Personne âgée	Homme 69 ans TNC prédominance frontale Trouble de comportements (masturbation à différents endroits et devant des personnes)

Annexe IV : Éléments du cadre conceptuel intégrés dans la vignette #3

VIGNETTE #3															
Dimensions	Éléments de la vignette														
Politique	Les principes directeurs servant à orienter les interventions et les prestations de soins et de services par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (intimité)														
Société															
Milieu de vie	Politique organisationnelle														
Famille et proches	Conjointe en accord Enfants en désaccord														
Personne âgée	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Femme</td> <td style="width: 50%;">Homme</td> </tr> <tr> <td>72 ans</td> <td>73 ans</td> </tr> <tr> <td>Veuve</td> <td>Marié</td> </tr> <tr> <td>Parkinson</td> <td>TNC vasculaire</td> </tr> <tr> <td>TNC</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Diminution de ses fonctions cognitives</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Consentement des deux personnes</td> </tr> </table>	Femme	Homme	72 ans	73 ans	Veuve	Marié	Parkinson	TNC vasculaire	TNC		Diminution de ses fonctions cognitives		Consentement des deux personnes	
Femme	Homme														
72 ans	73 ans														
Veuve	Marié														
Parkinson	TNC vasculaire														
TNC															
Diminution de ses fonctions cognitives															
Consentement des deux personnes															

Annexe V : Éléments du cadre conceptuel intégrés dans la vignette #4

VIGNETTE #4	
Dimensions	Éléments de la vignette
Politique	Les principes directeurs servant à orienter les interventions et les prestations de soins et de services par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (intimité)
Société	
Milieu de vie	Chambre semi-privée
Famille et proches	
Personne âgée	Homme 82 ans Marié LGBTQ+ Parkinson TNC associé Consentement de M.

Annexe VI : Questionnaire sociodémographique

1) Numéro de sujet : _____

2) Date de naissance (année/mois/Jour) : _____

3) Sexe : H F

4) Année d'obtention du diplôme : _____

5) type de diplôme obtenu : DEP
 Technique
 Baccalauréat
 Maîtrise

7) Précisez dans quelle discipline vous avez obtenu votre diplôme :

8) Précisez l'établissement où vous avez obtenu votre diplôme :

9) Si vous êtes présentement inscrits dans un programme d'étude universitaire, précisez le type de diplôme ¹, la discipline ainsi que l'année prévue d'obtention :

9) Précisez le nombre d'années d'expérience dans votre discipline :

10) Précisez le nombre d'années d'expérience avec les personnes âgées en perte d'autonomie : _____

11) Précisez le nombre de mois ou d'années d'expérience dans le programme- service actuel : _____

12) Précisez dans quel établissement du Groupe Champlain vous travaillez :

Annexe VII : Formulaire de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet. En répondant au questionnaire qui suit, vous consentez à participer à cette recherche.

Titre du projet de recherche

Le sujet du projet de recherche est l'identification des éléments d'aide à la prise de décision des intervenants lors d'une situation d'intimité sexuelle chez les aînés en milieu d'hébergement.

Personnes responsables du projet de recherche

Le projet de recherche est dirigé par Alexandra Lebreux-Marin. Cette recherche est réalisée dans le cadre d'un projet de maîtrise en service social. La directrice de ce mémoire est Nathalie Delli-Colli, professeure agrégée à l'École de travail social de la faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke (819-821-8000, poste 65969).

Objectifs du projet de recherche

L'objectif général de ce projet est d'identifier les différents éléments qui influencent la prise de décision des intervenants dans les situations d'intimité sexuelle des aînés en milieu d'hébergement. À partir de cet objectif, deux objectifs spécifiques ont été établis, soit : 1) Explorer les éléments pris en compte par les intervenants lorsqu'ils doivent agir dans les situations d'intimité sexuelle des aînés en milieu d'hébergement. 2) Expliciter la pratique des intervenants en milieu d'hébergement dans les situations d'intimité sexuelle des aînés.

Raison et nature de la participation

Votre participation à ce projet sera requise pour une entrevue d'environ 1 h 30. Cette entrevue aura lieu sur la plateforme Zoom, selon vos disponibilités. Vous aurez à répondre à des questions sur différentes mises en situation portant sur la sexualité des personnes âgées en milieu d'hébergement. Veuillez noter qu'il n'y a pas de réponses précises attendues aux différentes questions. Il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Le but des questions étant de partager votre expérience et votre opinion, nous voulons comprendre le raisonnement derrière les réponses que vous nous

fournissez. Il ne s'agit donc pas d'une justification de vos actions. Cette entrevue sera enregistrée directement sur Zoom

Avantages pouvant découler de la participation

Votre participation à ce projet de recherche vous apportera l'avantage de pouvoir réfléchir sur des situations auxquelles vous pouvez être confrontées dans votre milieu de travail. Votre participation à ce projet vous apportera également un temps de réflexion sur les différentes interventions que vous pourriez mettre en place dans des situations précises en faisant des liens avec vos valeurs personnelles, professionnelles et organisationnelles et avec les autres facteurs de l'environnement. Cela vous permettra également d'avoir une réflexion sur les différents facteurs ayant une plus grande influence sur vos interventions. Cette réflexion pourrait contribuer à l'amélioration de votre pratique professionnelle.

À cela s'ajoute le fait qu'elle contribuera à l'avancement des connaissances entourant la sexualité des aînés en milieu d'hébergement notamment concernant les différents éléments d'aide à la prise de décision.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps, soit sur vos heures de travail ou à l'extérieur selon votre convenance. Pour minimiser les inconvénients, l'entrevue sera faite selon vos disponibilités. Lors de l'entrevue, vous pourrez demander de prendre une pause ou de poursuivre l'entrevue à un autre moment qui vous conviendra.

Il se pourrait, lors de l'entrevue, que le fait de parler de votre expérience vous amène à vivre une situation difficile ou à réfléchir à une situation qui s'est produite par le passé et dont vous croyez avoir posé des interventions préjudiciables envers un aîné. Dans ce cas, il sera possible de prendre un temps après l'entrevue pour en discuter ou nous pourrons vous référer vers le programme d'aide aux employés au besoin.

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits?

Oui Non

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le chercheur vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Le dossier sera sécurisé dans un classeur verrouillé. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : nom, sexe, date de naissance, origine ethnique, enregistrements vidéo ou audio, résultats de tous les tests, etc. Tous les documents recueillis lors de ce projet de recherche seront conservés pendant une période de cinq ans et seront détruits par la suite.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de recherche.

Le chercheur principal de l'étude utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'informations et de consentement.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier. Dans le cas contraire, votre permission vous sera demandée au préalable.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Résultats de la recherche et publication

Vous serez informé des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant. Nous préserverons l'anonymat des personnes ayant participé à l'étude.

Études ultérieures

Il se peut que les résultats obtenus à la suite de cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, autorisez-vous les responsables de ce projet à vous contacter à nouveau et à vous demander si vous souhaitez participer à cette nouvelle recherche?

Oui Non

Personnes-ressources

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche ou, si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable ou avec une personne de l'équipe de recherche. SVP vous référez à la page 1.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec le Bureau des plaintes et de la qualité des services du CIUSSS de l'Estrie-CHUS via plaintes.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca ou au numéro suivant : 1-866-917-7903.

Surveillance des aspects éthiques

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS a approuvé le projet et en assurera le suivi.

Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité, vous pouvez communiquer avec le Bureau d'autorisation des projets de recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS via ethique.recherche.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca ou au numéro 819-346-1110, poste 12856.

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (*nom en caractères d'imprimerie*), déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.
Signature de la participante ou du participant : _____ Fait
à _____, le _____
2021

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je, _____, chercheur principal de l'étude, déclare que les chercheurs collaborateurs ainsi que mon équipe de recherche sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature du chercheur principal de l'étude : _____

Déclaration du responsable de l'obtention du consentement

Je, _____, certifie avoir expliqué à la participante ou au participant intéressé(e) les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature : _____

Fait à _____, le _____ 2021.

Annexe VIII : Caractéristiques sociodémographique des intervenants

Caractéristiques sociodémographiques	Groupe Champlain
	$n= 4F + 1 G$
	5 CHSLD
Age moyen	37,4
Discipline <ul style="list-style-type: none"> - TS - Infirmières - Infirmières auxiliaires - Préposé aux bénéficiaires - Psychoéducatrice 	TS : 1 Psychoéducatrice : 1 PAB : 3 Infirmière : 0 Infirmière auxiliaire : 0
Expérience professionnelle moyenne	13
Expérience auprès des aînés moyenne	12,2
Expérience dans le service actuel moyenne	11,6
Établissement d'obtention du diplôme	5 établissements

Annexe IX : Dimensions ayant un impact sur la prise de décision de la vignette 1

Dimension du cadre	Nb de fois que les éléments ont été soulevés par les participants
Vision de la société	0
Politique <i>(Orientations ministérielles et droits de la personne)</i>	4
Milieu de vie <i>(Politiques organisationnelles, ressources et soutien offert aux employés et environnement physique)</i>	32
Personne aînée <i>(Âge, diagnostic, histoire sociale, besoin et consentement)</i>	35
Famille et proches <i>(Rôle de la famille et des proches dans la prise de décision)</i>	9
Personnel <i>(Niveau d'aisance, expériences antérieures, formation et croyances et valeurs personnelles)</i>	20
Autres déterminants	3

Annexe X : Dimensions ayant un impact sur la prise de décision de la vignette 2

Dimension du cadre	Nb de fois que les éléments ont été soulevés par les participants
Vision de la société	1
Politique <i>(Orientations ministérielles et droits de la personne)</i>	8
Milieu de vie <i>(Politiques organisationnelles, ressources et soutien offert aux employés et environnement physique)</i>	13
Personne aînée <i>(Âge, diagnostic, histoire sociale et besoin)</i>	9
Famille et proches	0
Personnel <i>(Niveau d'aisance, expériences antérieures et croyances et valeurs personnelles)</i>	11
Autres déterminants	3

Annexe XI : Dimensions ayant un impact sur la prise de décision de la vignette 3

Dimension du cadre	Nb de fois que les éléments ont été soulevés par les participants
Vision de la société	2
Politique <i>(Orientations ministérielles et droits de la personne)</i>	4
Milieu de vie <i>(Politiques organisationnelles, ressources et soutien offert aux employés et environnement physique)</i>	25
Personne aînée <i>(État civil, diagnostic, histoire sociale, besoin, consentement et caractéristiques physiologiques)</i>	37
Famille et proches <i>(Rôle de la famille et des proches dans la prise de décision)</i>	10
Personnel <i>(Niveau d'aisance et croyances et valeurs personnelles)</i>	15
Autres déterminants	2

Annexe XII : Dimensions ayant un impact sur la prise de décision de la vignette 4

Dimension du cadre	Nb de fois que les éléments ont été soulevés par les participants
Vision de la société	1
Politique <i>(Orientations ministérielles et droits de la personne)</i>	5
Milieu de vie <i>(Politiques organisationnelles, ressources et soutien offert aux employés et environnement physique)</i>	21
Personne aînée <i>(État civil, diagnostic, histoire sociale, besoin et consentement)</i>	17
Famille et proches <i>(Rôle de la famille et des proches dans la prise de décision)</i>	3
Personnel <i>(Niveau d'aisance, expériences antérieures, croyances et valeurs personnelles et perception des autres)</i>	11
Autres déterminants	3

Annexe XIII : Dimensions ayant un impact sur la prise de décision toutes vignettes confondues

Dimensions du cadre	Nb de fois que les éléments ont été soulevés par les participants
<i>Vision de la société</i>	4
<i>Politique</i>	21
<i>Milieu de vie</i>	91
<i>Personne aînée</i>	99
<i>Famille et proches</i>	22
<i>Personnel</i>	57
<i>Autres déterminants</i>	11

**Annexe XIV : Dimensions ayant eu le plus d'influence dans la prise de décision
selon les participants**

Participants	Dimensions ayant eu le plus grand impact dans la prise de décision		
<i>PAB_EXP6_005</i>	Personnel (24)	Milieu de vie (20)	Personne âgée (14)
<i>PAB_EXP22_004</i>	Personnel (14)	Milieu de vie (12)	Personne âgée (9)
<i>PAB_EXP18_002</i>	Personne âgée (23)	Milieu de vie (17)	Personnel (11)
<i>TS_EXP9_003</i>	Personne âgée (29)	Milieu de vie (21)	Politique (10)
<i>PSY_EXP10_001</i>	Personne âgée (24)	Milieu de vie (21)	Politique (17)

Annexe XV : Déterminants abordés selon les vignettes cliniques

	<i>Nb de fois que les éléments ont été abordés selon la vignette</i>			
<i>Déterminants</i>	<i>Vignette 1</i>	<i>Vignette 2</i>	<i>Vignette 3</i>	<i>Vignette 4</i>
<i>Diagnostic</i>	8	4	11	4
<i>Consentement de la personne</i>	14	0	11	7
<i>Rôle de la famille et des proches dans la prise de décision</i>	9	0	10	3