

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

EXPLORATION DES EFFETS PSYCHOSOCIAUX D'UNE INTERVENTION
BASÉE SUR L'HORTI-THÉRAPIE EN CHSLD

ESSAI

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR

PIERRE-VINCENT BREault-RUEL

JANVIER 2019

REMERCIEMENTS

Ce travail n'aurait pas pu être possible sans le soutien, de près ou de loin, de plusieurs personnes.

D'abord, je tiens à remercier les résidentes du CHSLD Robert-Cliche auxquelles ce travail est dédié. Vous m'avez touché, inspiré, motivé et nourri durant toute la durée de mon stage, et vous continuez d'alimenter ma flamme d'intervenant. Vous avez confirmé mon plaisir à travailler avec les personnes âgées, et m'avez infusé de l'énergie afin de continuer à rendre les milieux de vie épanouissants.

Merci à Isabelle Diotte, technicienne en loisirs, qui m'a accueilli à Robert-Cliche, a facilité mon intégration dans le milieu et m'a fait entièrement confiance dans la réalisation de mon stage.

Merci à Maryse Soulières, ma superviseuse de stage, qui m'a accompagné dans les joies et les difficultés rencontrées, m'a permis d'amener mon intervention au niveau espéré et m'a fait grandir comme travailleur social.

Merci à Catherine Chesnay et Michèle Charpentier, mes co-directrices, qui m'ont guidé à travers la rédaction de mon essai en m'offrant discipline, rigueur et les pistes nécessaires pour approfondir mes réflexions.

Merci à ma famille qui m'a transmis des valeurs humanistes et le souci de prendre soin de soi, des autres et de l'environnement.

Merci à tous les professeurs qui ont croisé (et continuent de croiser) ma route.

Merci à la nature, si résiliente, qui est une source inépuisable d'enseignement et d'apprentissage.

AVANT-PROPOS

Accordéoniste à mes heures, la musique et l'art sont, pour moi, des formes magnifiques de communication et d'expression. Méditant et enseignant le yoga depuis plusieurs années, ces pratiques se révèlent des outils très puissants de changement. Massothérapeute en shiatsu, la découverte de la médecine traditionnelle chinoise m'offre une autre conception du corps, de l'esprit, de la maladie, de la vie. Finalement, bachelier en sciences de l'agriculture et de l'environnement, je comprends davantage le fondement de nos différents systèmes (agro-alimentaires, économiques, politiques, sociaux...) et nos interactions avec la nature. Plus j'avance dans ma vie, plus je réalise le dénominateur commun de mes multiples intérêts. Derrière la musique, l'art, la méditation, le yoga, le shiatsu et l'agronomie se cachent un désir profond de comprendre l'humain, être relationnel, et d'être un acteur de changement pour créer une communauté saine dans un environnement sain, ce qui m'a mené au travail social. Depuis quelques années, je combine mes différentes passions à travers l'intervention par des approches psychocorporelles et par l'horti-thérapie. Apprendre à prendre soin de soi-même et de l'environnement permet de constater notre interdépendance avec les autres et avec la nature, et de prendre soin de nos communautés.

Mon intérêt pour la gérontologie sociale s'est développé avec mes grands-mères. Malgré des trajectoires et conditions de vie très différentes, elles ont été et sont toujours des inspirations. L'une d'elle, à 92 ans, demeure à domicile et reste très active dans ses activités quotidiennes. Elle s'occupe d'ailleurs de ses plantes avec soin et passion et fait, à sa manière, de l'horti-thérapie. L'autre, décédée en résidence à l'âge de 87 ans alors qu'elle commençait à être atteinte de démence, était un véritable exemple de résilience, de discernement et de simplicité. Son parcours à travers les différentes étapes de la maladie (et des services) m'a grandement touché et m'a amené à vouloir réaliser ce stage/essai en milieu institutionnel.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
AVANT-PROPOS	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES FIGURES.....	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	ix
RÉSUMÉ	x
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1	
PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 La situation des personnes âgées en CHSLD.....	3
1.1.1 Les enjeux de la population très âgée grandissante.....	3
1.1.2 Les personnes âgées en CHSLD	5
1.1.3 Le CHSLD : une institution de soins	8
1.2 D'un milieu de soins vers un milieu de vie.....	9
1.2.1 Les besoins des personnes âgées	9
1.2.2 L'approche milieu de vie en CHSLD.....	10
1.3 Le travail social en CHSLD	12
CHAPITRE 2	
MODÈLE D'INTERVENTION	14
2.1 Les approches alternatives en travail social et en CHSLD	14
2.2 L'horti-thérapie : mise en contexte et définition.....	17

2.2.1 L'horti-thérapie auprès des personnes âgées.....	19
2.3 Les principes et modalités d'intervention	20
CHAPITRE 3	
CADRE D'ANALYSE	23
3.1 L'approche écosystémique.....	23
3.2 L'approche centrée sur la personne de Kitwood.....	26
3.3 Le concept d'épanouissement psychosocial de Keyes.....	29
CHAPITRE 4	
DÉROULEMENT DU STAGE	34
4.1 Présentation du milieu de stage.....	34
4.2 Le projet d'intervention.....	36
4.2.1 La planification	36
4.2.2 La prise de contact et la syntonisation	37
4.2.3 Le recrutement.....	38
4.2.4 La phase de travail.....	39
4.2.4.1 Intervention de groupe	39
4.2.4.2 Interventions individuelles	42
4.2.4.3 Autres interventions	43
4.2.5 La terminaison.....	45
CHAPITRE 5	
ANALYSE CRITIQUE	46
5.1 Les effets de l'horti-thérapie sur l'ontosystème.....	46
5.1.1 Le mieux-être émotionnel des participantes au groupe d'horti-thérapie.....	48

5.1.1.1 Les dynamiques d'aide mutuelle en intervention de groupe ...	49
5.1.2 Le mieux-être émotionnel des participantes en individuel.....	52
5.1.2.1 Étude de cas : Madame F	54
5.2 Les effets de l'horti-thérapie sur le fonctionnement psychosocial.....	57
5.2.1 Les interactions significatives par le groupe de socialisation de type participation	58
5.3 Les effets de l'horti-thérapie sur le microsysteme	62
5.3.1 L'horti-thérapie pour s'approprier le milieu de vie.....	62
5.3.2 Les contraintes organisationnelles.....	66
5.3.2.1 Incident critique : une production de germinations pour la cuisine	67
5.4 Synthèse et recommandations	71
CONCLUSION.....	74
ANNEXE A Grilles.....	78
ANNEXE B Profil des participantes au groupe d'horti-thérapie.....	81
BIBLIOGRAPHIE	86

LISTE DES TABLEAUX

Tableau

3.2	Types d'interactions positives selon Kitwood	28
4.2.2	Objectifs d'intervention.....	38
4.2.4.1	Résumé des séances de groupe.....	41

LISTE DES FIGURES

Figure

5.3.1 Socialisation et participation sociale64

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ACTS	Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux
AHTA	American Horticultural Therapy Association
AIVQ	Activités instrumentales de la vie quotidienne
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CHTA	Canadian Horticultural Therapy Association
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
MFA	Ministère de la Famille et des Aînés
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux

RÉSUMÉ

Cet essai s'intéresse aux besoins psychosociaux des résidentes en CHSLD tels que le besoin de sens, de satisfaction, d'adaptation/acceptation, d'appartenance, d'interactions significatives, d'utilité et de participation sociale. Ces besoins sont reconnus en CHSLD, mais les milieux institutionnels basés sur un modèle hospitalier éprouvent des difficultés à mettre en place des pratiques y répondant comme l'approche milieu de vie. À travers une approche alternative d'horti-thérapie, un stage en travail social a été réalisé au CHSLD Robert-Cliche afin d'agir sur ces besoins à différents niveaux écosystémiques selon le concept d'épanouissement psychosocial de Keyes, soit le mieux-être émotionnel des résidentes, leur fonctionnement psychosocial et leur appropriation du milieu de vie. Des interventions en individuel et en groupe ont eu lieu durant 8 mois. Les résultats positifs avec les participantes suggèrent la pertinence, pour le travail social en CHSLD, d'utiliser des approches alternatives comme l'horti-thérapie et d'adopter des attitudes d'intervention découlant de l'approche centrée sur la personne de Kitwood. Par ailleurs, certaines contraintes organisationnelles ont eu un effet limitatif sur la résilience et le potentiel de maintien du changement.

Mots-clés : horti-thérapie, approches alternatives en travail social, CHSLD, gérontologie sociale, épanouissement psychosocial, approche milieu de vie, approche centrée sur la personne

INTRODUCTION

La société québécoise est vieillissante et la situation des personnes âgées inquiète, en particulier celle des plus vulnérables vivant en CHSLD. Tout récemment, le Conseil pour la protection des malades déposait une requête d'autorisation d'une action collective pour maltraitance au nom des résidentes des CHSLD du Québec. On y mentionne la dégradation des soins de santé et des services offerts dans ces établissements, lesquels « ne constituent pas un milieu de vie substitut acceptable respectant les prescriptions de la Loi, les Orientations ministérielles et les autres exigences posées par le gouvernement » (Daoust-Boisvert, 2018). Par ailleurs, même si les CHSLD sont basés sur un modèle institutionnel et hospitalier, l'Organisation mondiale de la santé inclut elle-même la notion de bien-être mental et social dans sa définition de la santé (OMS, 2018). L'expression « prendre soin de » prend alors tout son sens. Ce stage s'est donc intéressé à voir comment une intervention alternative d'horti-thérapie peut aider à actualiser l'approche milieu de vie en CHSLD, en ciblant les besoins psychosociaux des résidentes. Des sous-questions de recherche se préoccupaient aussi de la façon dont le travail social est vécu en CHSLD, et des outils que l'horti-thérapie peut apporter à l'exercice de la profession.

Cet essai vient explorer les effets psychosociaux de l'intervention réalisée en stage. Dans un premier temps, le contexte sera exposé. La problématique sera présentée au chapitre 1, au niveau de la situation des personnes âgées en CHSLD et du travail social dans ce milieu. Puis, le modèle d'intervention qu'est l'horti-thérapie sera décrit au chapitre 2, en accordant une attention particulière à la forme qu'elle prend avec les personnes âgées. Le chapitre 3 introduira le cadre théorique utilisé pour élaborer, réaliser et analyser l'intervention. Il s'agit de l'approche écosystémique, l'approche centrée sur la personne de Kitwood et le concept d'épanouissement psychosocial de Keyes ayant mené, entre autres, à l'analyse des besoins et à l'élaboration des objectifs d'intervention. Le chapitre 4 présentera le milieu de stage, soit le CHSLD

Robert-Cliche, et décrira les interventions menées en groupe et en individuel au cours du stage. Finalement, le chapitre 5 analysera les effets psychosociaux de l'intervention au niveau du mieux-être émotionnel des résidentes, de leur fonctionnement psychosocial et de leur appropriation du milieu de vie. Les potentialités de l'horti-thérapie pour le travail social en CHSLD et les contraintes organisationnelles rencontrées seront dépeintes, et quelques recommandations seront offertes pour conclure.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Bien qu'étant un phénomène naturel et universel, vieillir est vécu différemment selon les contextes historiques et sociaux. Par exemple, le rôle et la place accordés aux personnes âgées dans une collectivité, ainsi que les services et ressources publiques qui leur sont destinés, changeront d'une époque et d'une société à l'autre. Dans la société québécoise contemporaine, les transformations familiales, sociales, politiques et démographiques s'accompagnent de nouveaux enjeux, tels que l'offre et la prestation de services répondant aux besoins de la population âgée, surtout très âgée, qui va en augmentant. Dans un premier temps, ce chapitre dressera un portrait des personnes âgées vivant en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), en les situant d'abord dans le contexte social du vieillissement de la population, pour ensuite cerner plus précisément les enjeux reliés à leur situation spécifique. Puis, un regard critique sera posé sur les moyens mis en œuvre pour répondre à ces défis, notamment à travers l'approche milieu de vie. Pour terminer, je discuterai du travail social et de son potentiel à répondre à certains besoins délaissés de la population âgée vivant en milieu institutionnel.

1.1 La situation des personnes âgées en CHSLD

1.1.1 Les enjeux de la population très âgée grandissante

Le Québec est, après le Japon, la société qui connaît le vieillissement le plus rapide (Ministère de la Famille et des Aînés, 2012). Avec le passage des baby-boomers à l'âge de 65 ans, on parle même d'un vieillissement accéléré de la population. Selon les données les plus récentes, les personnes âgées de 65 ans et plus

représentent environ 16,5% de la population et on prévoit qu'elles formeront le quart de la population en 2031 (MFA, 2018). Ce vieillissement accéléré de la population est attribuable à deux phénomènes démographiques. D'une part, le taux de natalité a diminué significativement depuis les années 1960. D'autre part, l'espérance de vie a augmenté en fonction de l'amélioration générale des conditions socio-économiques et sanitaires de vie, et des avancées en sciences et technologies (MFA, 2012). La proportion de gens âgés de 65 ans et plus dans l'ensemble de la population devient donc plus importante, et les personnes âgées vivent maintenant plus longtemps.

La question se pose : la plus grande longévité est-elle marquée par la bonne santé ou la maladie? De façon subjective, un rapport du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2004) indique que quatre personnes âgées sur cinq s'estiment être en excellente, en très bonne ou encore en bonne santé, en dépit du fait que 86% d'entre elles ont au moins un problème de santé, et 63% au moins un problème de santé chronique. Par ailleurs, l'état de santé change avec l'avancement en âge. En 2006, on estimait qu'une personne de 65 ans pouvait espérer vivre 10,9 ans de plus sans « incapacité » – définie comme une maladie chronique, une perte d'autonomie physique et/ou des troubles cognitifs requérant de l'aide pour accomplir certaines tâches (MFA, 2012). Dit autrement, la prévalence des incapacités est plus faible avant 75 ans : 27% entre 65 et 74 ans, comparativement à près de 50% pour les personnes âgées de 75 ans et plus (MSSS, 2011). C'est généralement au-delà de 85 ans que l'on retrouve un taux significatif de maladies, de déficiences, d'incapacités et de limitations. Cela se traduit par des « dépendances fonctionnelles », soit des besoins d'aide pour les activités de la vie quotidienne (AVQ : se nourrir, se vêtir et se dévêtir, prendre un bain, se déplacer dans la maison) et les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ : préparer des repas, faire l'entretien ménager, faire ses courses, etc.) (Lavoie *et al.*, 2010; MSSS, 2011). Ainsi, il importe de considérer chaque tranche d'âge séparément : si l'on considère la population de 65 ans et plus dans son ensemble, on compte environ 20% de personnes ayant besoin d'aide pour les AVQ et

AIVQ (MSSS, 2011). Par contre, pour les femmes âgées de 85 ans et plus, il s'agit de 85% ayant une dépendance à l'égard de ces mêmes activités (Lavoie *et al.*, 2010). De plus, ces besoins d'aide au grand âge sont davantage présents chez les groupes les moins favorisés et les plus marginalisés, composés majoritairement de femmes âgées ayant un réseau social limité – et qui forment la majorité de la population en CHSLD (Charpentier, 2007; Lavoie *et al.*, 2010).

En résumé, les transformations démographiques relatives au vieillissement de la population sont un constat : il y a davantage de personnes âgées et les gens vivent plus vieux – dans des conditions variables, voire inégales (il existe une diversité des vieillissements), et qui se transforment avec l'avancement en âge. Ainsi, la pression sur certains services du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) risque de s'accroître dans les prochaines années. Ceci aura un impact sur la capacité du RSSS – au niveau des ressources financières, matérielles, physiques, organisationnelles, humaines et informationnelles – à répondre aux besoins changeants et multiples d'une population âgée diversifiée, et notamment d'une population très âgée grandissante et présentant plus de dépendances fonctionnelles. Dans sa politique sur le vieillissement de 2012 (*Vieillir et vivre ensemble*) et le tout nouveau plan d'action 2018-2023 (*Un Québec pour tous les âges*), le Ministère de la Famille et des Aînés (2012, 2018) fait état de ces défis soulevés par les transformations démographiques contemporaines et qui méritent que l'on s'y attarde. Dans cet essai, il sera question particulièrement de la réalité des personnes âgées les plus vulnérables et dépendantes, soit les âgées du très grand âge en grande perte d'autonomie vivant en CHSLD.

1.1.2 Les personnes âgées en CHSLD

La majorité des personnes âgées demeurent dans la communauté, comme locataire ou propriétaire, et manifestent la volonté de rester à domicile le plus longtemps possible (MFA, 2012). La plupart des politiques sociales vont d'ailleurs dans cette direction,

que l'on pense aux programmes et dispositifs de soutien à domicile ou aux orientations de la politique *Vieillir et vivre ensemble* (MFA, 2012, 2018). Cependant, certains facteurs forcent la recherche d'un milieu de vie substitut avec des services et des soins. Comme il a été mentionné, le vieillissement accentue les facteurs de fragilisation et de vulnérabilité sociale, comme la perte d'autonomie physique et cognitive, la situation socio-économique précaire, le rétrécissement du réseau social et la dépendance aux proches aidants (surtout le conjoint ou les enfants, quand il y en a) ou aux services du RSSS pour les AVQ et AIVQ (Charpentier, 2007). Ainsi, lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, les personnes âgées doivent envisager le déménagement dans une résidence, privée ou publique, à but lucratif ou non, familiale ou institutionnelle. En ce sens, les CHSLD sont des établissements ayant pour mission :

d'offrir, de façon temporaire ou permanente, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques, médicaux et de réadaptation aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel (MSSS, 2015).

Le choix du nouveau milieu de vie (ou non-choix, par des phénomènes d'exclusion, par exemple la situation socio-économique qui permettra ou non l'accès à des services privés sans s'endetter, alors que le nombre de places en CHSLD est, comme il sera vu, limité) est influencé directement ou indirectement par de multiples facteurs, notamment par certaines politiques sociales. Au Québec, les politiques néolibérales des dernières décennies ont eu comme impact de transformer le portrait de l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie, lequel est désormais « marqué par la prédominance du secteur des résidences privées qui accueillent plus de 80 000 personnes âgées, soit deux fois plus que les ressources institutionnelles de type CHSLD » (Charpentier *et al.*, 2010, p. 319). Comme les Orientations ministérielles expriment la volonté de maintenir un taux d'institutionnalisation des

personnes âgées en-dessous de 3,5% (MSSS, 2005), ce déplacement vers des ressources d'hébergement privées ne devrait que s'accroître avec l'accroissement du groupe d'individus du très grand âge nécessitant des soins. Parallèlement, les critères d'admission en CHSLD sont continuellement resserrés, et équivalent, depuis 2006, à un besoin de trois heures de soin par jour (Lavoie et Guberman, 2010).

Concrètement, cela veut dire que la population en CHSLD se transforme et « s'alourdit », de par la complexification des conditions de santé des résidentes. La majorité des résidentes sont des femmes de plus de 85 ans¹ en fin de vie. À cet effet, il est de plus en plus rare que les personnes vivent des années en CHSLD, rendant plus floue la notion de soins de longue durée et la distinction avec les soins palliatifs. Par ailleurs, elles ont une situation socio-économique précaire et des dépendances fonctionnelles importantes : 63% présentent une très grande perte d'autonomie physique, et entre 60% et 80% des déficits cognitifs (Charpentier *et al.*, 2010; MSSS, 2003). Les besoins particuliers de ces personnes très âgées présentent d'importants défis quant à l'adaptation des services offerts par les milieux d'hébergement – services d'aide, de soutien, de surveillance de l'état de santé, de soins et de traitements.

Outre les aspects relatifs à l'accès et la qualité des services de soins, une autre réalité des milieux d'hébergement doit être considérée : l'aspect social. Des personnes âgées qui demeurent en résidence, tous groupes d'âge confondus, plus de 80% vivent seules (Statistique Canada, 2012). Toutefois la solitude ne se réduit pas à l'isolement ou au seul fait de vivre seul. Si l'isolement social peut renvoyer à une mesure du nombre de contacts sociaux, la solitude peut se définir comme le sentiment d'insatisfaction face à la qualité de ces contacts (Campéon, 2016; Nicholson, 2009). La majorité des témoignages recueillis par Charpentier (2007) font état non seulement de phénomènes d'exclusion et d'isolement social des aînées en milieu d'hébergement, mais aussi

¹ Un ratio de 75 hommes pour 100 femmes de 65 ans, chutant à 50 hommes pour 100 femmes de 85 ans et plus (Charpentier, 2007), d'où le choix de l'écriture au féminin.

d'un sentiment de solitude et d'ennui chez les personnes âgées en résidence. Elles ont pour la plupart peu de relations significatives à l'intérieur du milieu d'hébergement, qu'elles n'ont souvent pas choisi de plein gré.

1.1.3 Le CHSLD : une institution de soins

Les personnes âgées vivant en CHSLD présentent plusieurs facteurs de vulnérabilité, que ce soit sur le plan des dépendances fonctionnelles, en raison des incapacités de plus en plus notables, ou au niveau économique et social. L'« alourdissement de la clientèle » en CHSLD soulève la question suivante : les milieux institutionnels sont-ils des institutions de soins, ou des milieux de vie (un dernier chez-soi)? En retraçant l'histoire de ces établissements, et selon la mission des CHSLD présentée précédemment, force est de constater qu'ils ont été développés selon le modèle hospitalier, et ont été conçus principalement pour contrôler et superviser la santé et la sécurité des résidentes (Gawande, 2014). Dans les institutions actuelles, le prix de la sécurité se fait au profit d'une promiscuité continue avec le personnel, une participation quasi inexistante aux processus décisionnels, un quotidien routinier et un manque d'interactions significatives.

Le respect à la fois de la sécurité et de la liberté des personnes âgées en milieu d'hébergement pose alors des défis particuliers. La sécurité puise sa source dans le principe de dignité et implique de vivre dans des conditions décentes, à l'abri des abus et mauvais traitements, et d'avoir accès aux soins et services nécessaires (Charpentier, 2007). Par ailleurs, le principe de liberté n'est pas non plus négligeable. La liberté est entendue comme le droit de mener sa vie comme on l'entend, s'appuyant sur le principe général de l'autodétermination. Elle comprend la liberté de choisir son mode de vie, ses pratiques et ses croyances, même au grand âge et peu importe sa condition de santé (Charpentier, 2007). En CHSLD, ces deux principes se trouvent parfois en tension. Par exemple, la grande majorité des répondantes à l'étude

québécoise de Charpentier sur la vie en milieu d'hébergement ont partagé ne pas avoir choisi de déménager en résidence, mais s'être pliées aux décisions ou soucis de sécurité exprimés par les médecins ou membres de leur famille (2007). Par le fait même, cette situation a influencé leur adaptation au nouveau milieu de vie, qu'elles ne considèrent pas comme un « chez-soi ». Charpentier décrit quatre profils types de résidentes selon leur capacité d'adaptation : les indépendantes (entretenant une certaine marge d'autonomie), les prisonnières (se sentant condamnées), les soumises (s'en remettant aux autres) et les sereines (n'entretenant pas les regrets). Évidemment, la façon dont chacune arrive à composer avec le milieu d'hébergement est déterminée par les trajectoires de vie propres reflétant les stratégies de vie personnelles (attitude face à la vie, résilience et pouvoir d'agir), mais dépend aussi de la capacité du milieu à soutenir et faciliter les processus d'adaptation, pouvant être influencé par la présence ou l'absence de certains préjugés. Par exemple, certaines représentations sociales, telles que l'âgisme, peuvent mener à « des pratiques discriminatoires qui ont pour effet d'altérer la valeur accordée à l'expérience et à l'expertise des aînés » (MFA, 2012, p. 18), menant à une absence de reconnaissance et à l'infantilisation, et freinant la participation sociale. Dans ses recommandations, Charpentier met l'accent sur l'écoute des résidentes et le respect non seulement de leurs droits mais de leurs libertés, afin de pouvoir créer des milieux d'hébergement diversifiés, à leur image et répondant à leurs besoins : des milieux qui pourraient tendre davantage à un chez-soi.

1.2 D'un milieu de soins vers un milieu de vie

1.2.1 Les besoins des personnes âgées

Les logiques institutionnelles ont tendance à médicaliser le vieillissement et à sous-estimer les facteurs humains et sociaux qui demeurent importants peu importe les capacités et le degré d'indépendance des individus (Gawande, 2014). En effet, selon

la théorie de la sélectivité socio-émotionnelle de la psychologue Laura Carstensen, et contrairement à l'idée de la pyramide de Maslow (Benny *et al.*, 2016, p. 27), nos besoins et désirs changent en fonction de notre perspective, de nos capacités et de notre perception du temps : « how we seek to spend our time may depend on how much time we perceive ourselves to have » (Gawande, 2014, p. 97). Les études de Carstensen démontrent qu'en fin de vie, l'emphase se place dans l'être – plutôt que le faire et l'actualisation de soi (le sommet de la pyramide de Maslow) – et dans des interactions réduites mais significatives, concentrées à la famille et aux relations établies. Ces résultats sont en lien avec ceux de Josiah Royce, philosophe américain du début du 20^e siècle, qui se demandait pourquoi simplement exister (c'est-à-dire répondre à nos besoins de base selon Maslow) est vide de sens et non suffisant (Gawande, 2014, p. 126).

Ainsi, sans délaissier la santé, les soins et la sécurité des résidentes, les milieux institutionnels doivent non seulement reconnaître les besoins psychosociaux, mais également soutenir concrètement le besoin de sens, de bien-être, de liens sociaux et de valeur de vivre. Comme le suggère Charpentier (2007), il s'agit de valoriser et renforcer les marges d'autonomie des individus – soit les capacités résiduelles – même si elles peuvent sembler très réduites de par les incapacités physiques et cognitives. Mettre l'emphase sur les pouvoirs d'agir, d'être et de se définir, au lieu de mettre l'emphase sur les pertes, le déclin et la dépendance. C'est dans cette perspective que de nombreuses initiatives locales et nationales, privées et publiques, se sont développées depuis une quinzaine d'années pour tendre vers un mieux-être des résidentes et améliorer leur qualité de vie en CHSLD.

1.2.2 L'approche milieu de vie en CHSLD

La situation des personnes âgées en CHSLD préoccupe; elle fait l'objet de débat public et de mesures sociales et collectives. En 2003, le Ministère de la Santé et des

Services sociaux (MSSS) présentait ses Orientations ministérielles, dans lesquelles l'approche milieu de vie en CHSLD apparaissait comme une solution aux défis que rencontrent les milieux d'hébergement d'offrir des soins et services de qualité dans un contexte épanouissant pour les résidentes. Le document mentionne l'importance d'une approche centrée sur la personne – à la fois globale, personnalisée, adaptée, positive, participative et interdisciplinaire – permettant l'intégration de la personne hébergée dans son nouveau milieu de vie – probablement son dernier chez-soi – et l'établissement de conditions favorisant la qualité de vie, la satisfaction et l'appropriation du pouvoir (MSSS, 2003). Entre sécurité et liberté, entre milieu de soins et milieu de vie, les tensions dialectiques et missions propres aux milieux d'hébergement se veulent réconciliées en accordant la priorité aux besoins et attentes singuliers des résidentes et au respect de leur volonté, dans un esprit d'accompagnement (Direction des soins infirmiers, 2010). La mise en place de cette philosophie d'intervention exige de nombreuses conditions. Elle repose sur l'ouverture, la volonté et la capacité des gestionnaires à soutenir de nouvelles pratiques, sur l'adaptation des lieux physiques aux réalités propres de la population hébergée et sur la participation de tous les acteurs – les employées, mais aussi le personnel de soutien, les bénévoles et les familles, pour n'en nommer que quelques-uns (MSSS, 2003). La formation de ces acteurs au niveau des connaissances (savoir), des aptitudes (savoir-faire) et des attitudes (savoir-être) que sous-tend l'approche milieu de vie s'avère essentielle afin d'assurer une adhésion commune à la philosophie et une cohérence avec les actions (MSSS, 2003).

Malgré sa pertinence et son attrait, malgré la théorie et les techniques d'intervention proposées, l'approche milieu de vie semble difficile à appliquer et à se transposer dans le quotidien institutionnel (Ndjépel, 2014). La volonté politique de transformer les milieux d'hébergement en milieux de vie est présente dans les discours depuis une quinzaine d'années (MSSS, 2003), mais les logiques institutionnelles centrées sur l'offre de soins sont bien installées et complexes à changer (Ndjépel, 2014). En 2014,

Ndjepel ne dénombrerait que quelques CHSLD sur l'ensemble du territoire du Québec où l'approche milieu de vie réussissait à être appliquée, tant au niveau des aménagements physiques que des rapports interpersonnels. Plusieurs facteurs expliquent ce constat : « les difficultés que rencontrent les professionnels dans la réalisation de leurs tâches, le manque de personnel, une plus importante charge de travail et surtout l'assise conceptuelle [de l'approche milieu de vie] qui semble encore mal comprise par plusieurs » (Ndjepel, 2014, p. 89). Ainsi, cette approche est limitée par les ressources mobilisées pour la mettre en œuvre, et repose sur le dos d'employées – principalement des infirmières et préposées aux bénéficiaires – qui sont surchargées, peu outillées et/ou mal formées à l'égard de l'approche. Ceci affecte la motivation à dépasser le cadre de soins de santé et de confort pour développer une relation de proximité avec les résidentes, laquelle devrait pourtant servir à orienter toute action selon les besoins particuliers de chacune (Aubry *et al.*, 2013).

1.3 Le travail social en CHSLD

En CHSLD, le principal mandat des travailleurs sociaux est, tout comme le précise l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux (ACTS) :

d'assurer la promotion et la défense des intérêts des résident[e]s et de leurs familles. Ils [les travailleurs sociaux] s'intéressent principalement aux incidences sociales et affectives des défaillances physiques et mentales, à la préservation et à l'amélioration du fonctionnement physique et social [...] ainsi qu'à la promotion de la santé physique et mentale en vue d'assurer une qualité de vie optimale [à la] résident[e]. L'accent est mis sur la mise à contribution des forces existantes, la mise en valeur des adaptations et la modification des risques qui font obstacle à une qualité de vie optimale (2017).

Autrement dit, les travailleurs sociaux sont, dans l'idéal, appelés à intervenir en interdisciplinarité et en cohérence avec l'approche milieu de vie, afin de mettre en place les conditions nécessaires pour que le CHSLD, qui risque d'être la dernière demeure des résidentes, soit un véritable chez-soi. Dans la pratique – et dû en partie aux ressources limitées, à l'application de la nouvelle gestion publique et aux effets des réformes du système de la santé sur les services sociaux (St-Amour *et al.*, 2017), les interventions se restreignent généralement à la gestion des phases d'hébergement : la préadmission, l'admission, l'hébergement, les congés, les transferts ou la mort (ACTS, 2017). À celles-ci s'ajoutent les interventions liées à l'ouverture et parfois la contestation des régimes de protection (en cas d'inaptitude). Ainsi, les interventions autour du bien-être et du sens ont été assignées pendant longtemps aux intervenants en animation-loisirs, par l'entremise de programmes d'activités de type occupationnel. De nos jours, d'aucuns s'entendent du rôle et des effets plus que récréatifs de ces activités et de l'importance de repenser la façon de les concevoir afin de maximiser leur potentiel d'intervention. Les normes de pratique de l'*International Psychogeriatric Association* suggère d'ailleurs « d'individualiser les approches aux besoins des résidentes, de réintégrer les interventions psychosociales [typiques aux travailleurs sociaux] aux soins courants, d'offrir des activités personnalisées et des programmes propices à permettre une stimulation cognitive ou sensorielle adaptée aux besoins des personnes [approche-loisir personnalisée] » (Hallé, 2016). Ce projet d'intervention s'inscrit dans la visée de ces normes de pratique, lesquelles soutiennent la promotion non seulement de la santé physique et mentale, mais des aspects psychosociaux et du socio-affectif, par l'utilisation d'activités planifiées et significatives. Plusieurs de ces activités font partie de ce qu'on nomme les approches alternatives, parmi lesquelles figure l'horti-thérapie.

CHAPITRE 2

MODÈLE D'INTERVENTION

Un portrait de la situation en CHSLD vient d'être dressé. Y résident majoritairement des femmes du très grand âge en fin de vie, d'une situation socio-économique souvent précaire, seules et avec de grandes pertes d'autonomie physique et cognitive requérant plusieurs heures de soins par jour. Les CHSLD sont des milieux sécuritaires répondant aux besoins des résidentes en matière de soins de santé. Par contre, ils tardent à actualiser l'approche milieu de vie et à offrir un environnement soutenant certains autres besoins, notamment les besoins psychosociaux. De leur côté, malgré leur description de tâches, les travailleurs sociaux en CHSLD s'occupent principalement de tout ce qui entoure l'admission et les régimes de protection. Des plans d'intervention individualisés et interdisciplinaires sont élaborés avec la résidente et/ou sa famille et tentent de répondre à la fois aux besoins de soins et aux besoins psychosociaux de la personne hébergée. Cependant, ces derniers sont souvent relégués au domaine des loisirs et les activités ne demeurent trop souvent qu'occupationnelles. Ce chapitre s'intéressera à voir comment le travail social, en passant par des pratiques alternatives, et plus spécifiquement l'horti-thérapie, peut offrir une piste de solution à la problématique présentée et contribuer au développement du milieu de vie et au mieux-être des résidentes en CHSLD.

2.1 Les approches alternatives en travail social et en CHSLD

Les approches alternatives offrent des façons d'aborder la relation d'aide autrement, en réponse aux limites de l'intervention dite traditionnelle. Elles sont très variées, ce

qui rend leur définition difficile. St-Amand présente toutefois quelques caractéristiques communes aux pratiques dites alternatives :

Voir d'une façon différente, réfléchir en utilisant d'autres bases que celles prescrites par nos points de repères habituels, [...] périphériques ou mêmes marginales, en rapport de complémentarité ou d'opposition, différentes des structures intermédiaires, moins coûteuses que les ressources institutionnelles, œuvrant dans l'ombre et devant lutter pour se faire reconnaître (2001, p. 40).

De façon générale, les approches alternatives remettent en question le modèle institutionnel-médical des soins et de l'aide, misent sur les ressources plutôt que les handicaps et engagent les gens de sorte qu'ils deviennent participants à part entière (St-Amand, 2001; Healy, 2014). En CHSLD, elles tentent d'offrir une réponse holistique et adaptée au nouveau profil de la clientèle, soit des personnes très âgées en grandes pertes d'autonomie physique et cognitive, venant soutenir l'actualisation de l'approche milieu de vie.

Des auteurs comme Corin *et al.* (2011) valident l'importance de la relation et du sentiment d'appartenance au milieu. Le milieu doit « faire bon vivre », créer et travailler les liens tout en étant attentif à la singularité de chaque personne. L'intervention doit se faire à la fois sur l'expérience individuelle, relationnelle, sociale et environnementale. Pour y arriver, notamment avec les personnes âgées ayant un déficit cognitif, Corin *et al.* (2011) soutient l'importance relative de la parole et, par le fait même, l'utilisation de pratiques alternatives passant par d'autres méthodes.

Différentes approches stimulant les sens ont été adoptées dans certains CHSLD, afin de pallier au manque, voire l'absence, d'activités adaptées aux personnes très âgées avec de grandes pertes d'autonomie ou atteintes de déficits cognitifs, tel qu'il avait été relevé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (2009). Il s'agit

principalement de la musicothérapie, de la zoothérapie, du clown thérapeutique et de l'horticulture (Ardiet, 2011).

À titre d'exemple, le Chase Memorial Nursing Home, dans l'État de New York, a modifié ses pratiques et a opté pour une approche alternative de zoothérapie afin de faire face aux trois « plaies » qui avaient été nommées par les résidentes (et qui font partie du quotidien de la majorité des aînées en CHSLD) : l'ennui, la solitude et l'impuissance ou le manque de but (Gawande, 2014). Des animaux (chiens, chats et oiseaux) ont été introduits pour « ramener de la vie », et des changements surprenants se sont fait sentir : de l'ennui à la spontanéité, de la solitude à la compagnie, de l'impuissance à la possibilité d'avoir une raison d'être et une responsabilité (Gawande, 2014, p. 125).

Cette expérience montre, d'une part, que pour réussir à transformer et s'approprier un milieu de vie, il est nécessaire d'agir à différents niveaux, c'est-à-dire à la fois sur les pratiques (façons de faire et d'être) et la logistique, les contextes et les structures. D'autre part, cette expérience laisse croire que la responsabilité de la prise en charge du vivant (dans ce cas-ci, les animaux) a un grand potentiel pour soutenir le bien-être psychosocial des individus. Néanmoins, il demeure pertinent de continuer à documenter les effets des pratiques alternatives en émergence, dont celles utilisées auprès des personnes du très grand âge en milieu institutionnel. Tout comme le souligne St-Amand, les « pratiques alternatives sont généralement moins articulées, plus intuitives, plus humbles également. La littérature qui les décrit est davantage vulgarisée et exploratoire qu'académique. [...] D'ailleurs, peu d'académiciens-chercheurs y prêtent attention » (2001, p. 37).

À Montréal, plusieurs CHSLD, notamment au CSSS Lucille-Teasdale, commencent à offrir des activités d'horticulture et de jardinage tout en manifestant le besoin de mieux comprendre cette modalité d'intervention au niveau de sa pratique (comment

la réaliser) et au niveau de son potentiel (dépasser le cadre des loisirs)². Cet essai se veut une modeste façon de contribuer à l'articulation théorie-pratique, en se concentrant à l'observation des effets psychosociaux (notamment, comme il sera décrit, certaines composantes du bien-être émotionnel, du fonctionnement psychosocial et de l'appropriation du milieu de vie) d'une intervention basée sur l'horti-thérapie avec les résidentes.

2.2 L'horti-thérapie : mise en contexte et définition

Avant de définir l'horti-thérapie, mentionnons qu'il s'agit toujours d'une pratique en émergence. Le commentaire de St-Amand (2001) au sujet du manque de littérature académique sur les approches alternatives est ici pertinent. Peu d'écoles professionnelles et de milieux de pratique reconnus se centrent sur cette approche. Au Canada, il n'existe aucun programme universitaire en horti-thérapie. La Canadian Horticultural Therapy Association (CHTA, 2017) offre quelques formations, mais son répertoire est limité et peu d'initiatives sont présentes au Québec. En Amérique du Nord, selon l'American Horticultural Therapy Association (AHTA, 2017), seulement trois universités aux États-Unis offrent des programmes de baccalauréat en horticulture ayant une concentration en horti-thérapie. Aux études supérieures, un certificat en horti-thérapie peut être suivi en ligne avec le Kansas State University (AHTA, 2017). Par ailleurs, l'AHTA publie le *Journal of Therapeutic Horticultural* depuis 1986 et joue un rôle important dans le développement et la reconnaissance de la profession. Certains auteurs comme Haller et Kramer (2006) ont aussi effectué un excellent travail de définition et d'explication de l'horti-thérapie comme méthode d'intervention. Voyons maintenant de quoi il s'agit.

² Communication personnelle avec Fannie Brunet, organisatrice communautaire au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, printemps 2017.

L'horti-thérapie puise ses sources du fait suivant : plusieurs personnes en contact intime avec les plantes décrivent intuitivement un bien-être ressenti de l'interaction avec la nature. Cette affiliation innée à l'environnement, parfois nommée « biophilie », est à la base de plusieurs mouvements tels que l'écologie profonde. En intervention, ce sentiment de bien-être dû à l'exposition à la nature (ici à la terre et au matériel végétal utilisé) a été étudié, par exemple par l'« exercice vert » ou les « bains de forêt », et les recherches ont démontré son potentiel notamment au niveau de la réduction du stress et de l'anxiété, de la défusion cognitive, du sentiment d'appartenance et de la résilience (Barton *et al.*, 2016; Buzzell et Chalquist, 2009; Louv, 2011; Michaels, 2013).

L'horti-thérapie, en tant que méthode d'intervention, part de ces principes, les systématise et les développe. Des programmes d'activités adaptés à la population desservie sont développés. Les activités ne sont pas des fins en soi, et les plantes deviennent des outils d'intervention permettant l'atteinte des buts et des objectifs préalablement établis. Il importe donc de distinguer l'horticulture pratiquée librement comme loisir récréatif de l'horti-thérapie. En effet, comme le soulignent Haller et Kramer, par ses visées d'intervention, l'horti-thérapie se distingue du jardinage de loisir : « passive enjoyment of gardens and plants [and] programs that offer gardening activities without goals and treatment procedures, while beneficial, are not horticultural therapy » (2006, p. 6-7). De même, Michaels (2013) ne considère pas comme de l'horti-thérapie ce qu'elle nomme « horticulture sociale » : une activité horticole de loisir ou récréative impliquant la socialisation, mais n'ayant pas d'intervenant ni de buts formels.

Dans le cadre de cet essai, l'horti-thérapie est définie comme :

Une modalité d'intervention centrée sur le « client » et qui utilise des activités horticoles pour atteindre des objectifs spécifiques et particuliers. Le but est de maximiser le fonctionnement social, cognitif, physique et/ou psychologique, et/ou d'améliorer la santé et le

bien-être général de la personne (Haller et Kramer, 2006, p. 5, traduction libre).

Bien que l'horti-thérapie soit ici décrite comme un type d'intervention individuelle, elle peut s'adapter aux situations de groupe et est souvent utilisée dans ce contexte. En effet, elle possède certaines composantes de l'intervention de groupe et produit aussi des répercussions sociales et environnementales – que l'on pense aux interactions interpersonnelles stimulées par l'activité ou aux changements et adaptations dans l'environnement physique du milieu. Il s'agit d'une méthode d'intervention qui peut s'adapter à une multitude de contextes et de clientèles, en particulier aux personnes âgées vivant en CHSLD.

2.2.1 L'horti-thérapie auprès des personnes âgées

Plusieurs centres pour personnes âgées offrent des activités de jardinage à leurs résidentes. Il importe de rappeler la différence entre ces activités récréatives (bien que pouvant avoir des effets thérapeutiques) et l'horti-thérapie. L'horti-thérapie est une intervention planifiée et structurée au moyen d'activités horticoles. Elle est utilisée depuis plusieurs années avec les personnes âgées (AHTA, 1997; Haller et Kramer, 2006; Gigliotti *et al.*, 2004; Michaels, 2013). Elle présente plusieurs avantages. L'activité permet une grande adaptabilité aux objectifs poursuivis et aux diverses clientèles ciblées. Elle a été employée avec des personnes âgées ayant une diversité de diagnostics : problèmes de santé mentale, mobilité réduite, handicap physique/visuel/auditif, problèmes d'addictions, dépression, troubles alimentaires, Alzheimer et démence (AHTA, 1997). Les bienfaits répertoriés et ressentis par les participants sont nombreux et variés. Ils agissent au niveau de la santé physique (du fait de l'exercice effectué en jardinant), du sentiment de bien-être, d'estime de soi et de résilience, et du développement du sentiment d'appartenance à une communauté par les interactions sociales que l'activité stimule (Abbott *et al.*, 1997; Michaels,

2013). Tel que mentionné précédemment, l'intervention par l'horticulture peut agir à différents niveaux – c'est-à-dire être utilisée pour amener un mieux-être individuel et social. Par ailleurs, elle semble avoir été principalement employée pour agir sur certains diagnostics de façon thérapeutique (par exemple en réadaptation pour travailler la motricité fine), et rarement dans une perspective d'intervention psychosociale en milieu institutionnel, d'où l'intérêt et l'originalité de cet essai.

2.3 Les principes et modalités d'intervention

Comme il a été souligné, il existe plusieurs types d'intervention en horti-thérapie. Les différents programmes d'horti-thérapie peuvent être classés selon la typologie suivante, qui renvoie au but ou à la fonction de l'intervention : vocationnels, thérapeutiques et sociaux (Haller et Kramer, 2006). Cette classification s'apparente à la typologie du travail social de groupe utilisée par Turcotte et Lindsay (2008), si l'on pense aux groupes d'éducation, thérapeutiques et de socialisation ou de soutien. Les programmes d'horti-thérapie vocationnels sont orientés vers la formation et le développement d'habiletés, par exemple par rapport à l'emploi. C'est le cas de D-Trois-Pierres, dans l'Ouest de l'île de Montréal, qui offre un programme d'insertion sociale et professionnelle pour les jeunes adultes via le travail à la ferme³. Dans les programmes thérapeutiques, l'accent est mis sur le rétablissement physique ou mental. L'intervention puise sa source dans des approches et modèles biomédicaux. Par exemple, au cours d'un projet pilote d'horti-thérapie à l'hôpital de réadaptation Richardson⁴, les physiothérapeutes ont utilisé diverses activités de jardinage avec leurs patients. Le dernier type de programme, qualifié de « social » par Haller et Kramer (2006), a comme but de promouvoir non seulement la santé globale, mais surtout la qualité de vie et le bien-être des participants. Turcotte et Lindsay (2008)

³ À ce sujet, consulter www.d3pierres.com/

⁴ À ce sujet, consulter <http://www.lesirop.org/portfolio-item/csss-cavendish/>

spécifient qu'en contexte milieu de vie, les groupes de socialisation de type participation sont les plus appropriés. Ils permettent aux résidentes d'acquérir certaines habiletés telles que « la résolution de problèmes, la défense de droits, la négociation, la prise de pouvoir (*empowerment*) » (Turcotte et Lindsay, 2008, p. 28). C'est ce type de groupe qui convient le mieux à la population en CHSLD et qui a été retenu pour ce projet d'intervention.

Les objectifs visés, bien qu'ils puissent être collectivisés et/ou partagés par plusieurs participants, sont d'abord définis de façon individuelle et peuvent toucher à des aspects émotionnels, existentiels, sociaux, intellectuels (cognitifs), physiques et/ou environnementaux (sur le milieu). L'horti-thérapie telle qu'elle a été pratiquée dans le stage n'est pas de type « curative », ni « préventive ». Avec les personnes âgées en milieu institutionnel qui présentent des déficits sévères, physiques et cognitifs, l'horti-thérapie ne prétend pas traiter la maladie ni les incapacités. Elle cherche à répondre aux besoins psychosociaux des résidentes et travaille principalement au niveau du sens, de la capacité de résilience, du mieux-être, du fonctionnement social, de l'appropriation du milieu de vie et de la participation sociale.

Dans leurs travaux, Haller et Kramer (2006) ont identifié cinq « focus » possibles en horti-thérapie, que je traduis par axes d'intervention. Il s'agit du produit, du processus, de la compétence, de la socialisation et de l'interaction avec l'environnement. Le produit s'apparente à la cible commune en travail social de groupe (Steinberg, 2008). Les participants se concentrent alors sur la tâche, par exemple les plantes à faire pousser pour un événement particulier. Cette intention aide à fournir un sens, une motivation et un sentiment de contribution aux participants (Haller et Kramer, 2006). L'axe d'intervention peut aussi se situer davantage au niveau des processus même de réalisation de l'activité, notamment si les objectifs touchent l'amélioration de l'humeur et de l'attention. Une troisième emphase de l'activité est la compétence ou l'habileté développée en la réalisant, qu'elle soit physique, sociale, cognitive ou affective. Le travail de l'intervenant est alors de

souligner cette compétence, et d'aider la personne à identifier comment elle pourrait s'appliquer dans d'autres sphères de sa vie. Les activités peuvent aussi être organisées autour des interactions sociales, en encourageant la coopération et la communication entre les participants. Finalement, en plus des différentes composantes individuelles et sociales, l'accent peut être placé au niveau de l'interaction avec l'environnement immédiat (par exemple la transformation physique du milieu) et la relation avec la nature (par exemple prendre soin de plantes). À ce niveau, Haller et Kramer (2006) soutiennent, en accord avec le concept de « biophilie », que les participants sont affectés positivement par l'interaction avec l'environnement et les plantes, et que celle-ci soutient les opportunités de changement. En fonction des objectifs qui seront décrits subséquemment, les principaux axes d'intervention retenus pour ce projet sont le produit, le processus, les interactions sociales et le rapport à l'environnement.

Il ressort, à la lumière de la littérature consultée et des projets recensés, que l'horti-thérapie constitue une modalité d'intervention centrée et adaptée à la personne, tout en intégrant des dimensions sociales et environnementales. En cela, elle semble appropriée en CHSLD, tout particulièrement dans le contexte de l'approche milieu de vie. Plus qu'occupationnelle, l'horti-thérapie offre une réponse aux réalités mentionnées dans la problématique, à savoir le besoin d'intervenir au niveau psychosocial avec les personnes âgées hébergées sur les questions de sens, de mieux-être, de résilience, d'interactions significatives et de participation sociale, tout en permettant d'enjoliver ce milieu institutionnel et d'y mettre de la vie.

CHAPITRE 3

CADRE D'ANALYSE

L'horti-thérapie en tant qu'approche alternative en travail social ainsi que son potentiel d'intervention avec les personnes âgées viennent d'être décrits. Ce chapitre abordera maintenant le cadre théorique utilisé pour développer et analyser l'intervention. Dans un premier temps, l'approche écosystémique, comme perspective théorique avec laquelle l'intervention a été abordée, sera décrite. Puis, j'élaborerai ma posture d'intervenant en prenant assise sur l'approche centrée sur la personne de Kitwood. Finalement, je détaillerai les différentes cibles d'intervention en utilisant le concept d'épanouissement psychosocial de Keyes.

3.1 L'approche écosystémique

Tout comme le précise Bourgon et Gusew, le travail social s'intéresse au rapport entre l'individu et son environnement au travers d'interventions misant sur les potentialités :

Le travail social part du sens social et collectif que prennent les difficultés que vit une personne : ses sentiments, ses actions, ses pensées sont situés dans son contexte familial, communautaire et sociétal. Le travail social intervient sur ce rapport plutôt que sur les déficiences de la personne elle-même (2000, p. 95-96).

Dans ce projet d'intervention, l'intervention par l'horti-thérapie est appliquée selon ces principes et en lien avec l'approche écosystémique. L'approche écosystémique place l'individu (ici les résidentes du CHSLD) et toutes ses caractéristiques (soit les incapacités mais aussi les capacités résiduelles) au centre des préoccupations, tout en

analysant et comprenant les interactions entre la personne et son environnement. Healy (2014) précise que la perspective écosystémique fournit un moyen d'articuler la complexité des interactions entre les individus et leur environnement. L'objectif est l'amélioration et le maintien de la qualité de vie et du bien-être (Renaud et Lafontaine, 2011). Ainsi, selon cette approche, plusieurs déterminants – non seulement les facteurs personnels et les comportements individuels, mais aussi l'environnement social et physique – sont observés afin de créer des activités d'intervention permettant de rétablir des « transactions satisfaisantes » entre les différents systèmes (Healy, 2014).

L'approche écosystémique rejoint la perspective écologique développée par Bronfenbrenner (1979), selon laquelle :

pour bien comprendre les changements à entreprendre avec une personne, il faut examiner à la fois ses attributs biologiques et psychologiques et les particularités physiques, sociales et culturelles de son environnement immédiat (sa famille nucléaire et élargie, son école, son travail, son quartier) et plus large (la société et l'époque dans lesquelles elle vit), ainsi que l'impact du temps (les étapes de développement individuel ou familial, la maturation) (Drolet, 2013, p. 178).

Pour ce faire, ce cadre de référence analyse différentes dimensions, soit les différents systèmes et leurs interactions : l'ontosystème (la personne et ses caractéristiques), le microsystème (les milieux immédiats avec lesquelles la personne a des échanges directs), le mésosystème (les interactions entre les systèmes), l'exosystème (les milieux qui affectent la personne sans qu'elle ait des contacts directs avec eux, par exemple les politiques sociales), le macrosystème (les valeurs de la société) et le chronosystème (les considérations liées au temps) (Bronfenbrenner, 1979; Drolet, 2013). Plus récemment, certains auteurs voient l'émergence de l'éco-thérapie (dont fait partie l'horti-thérapie et s'appuyant sur les principes mentionnés au chapitre 2) comme une suite logique de l'évolution des théories systémiques, afin d'inclure

l'écosystème à proprement parler, et le rapport entretenu avec la nature (Louv, 2011, p. 67-68).

Cette approche permet donc une lecture écosystémique des problèmes dans leurs contextes, où il est possible de juxtaposer le vécu individuel à une analyse des différentes couches systémiques ayant des effets sur celui-ci (Bouchard, 1987). La perspective écosystémique considère à la fois les composantes individuelles, familiales, communautaires, sociales, temporelles et environnementales. Elle est flexible en ce sens qu'elle ne prescrit pas de technique précise ou spécifique (Germain et Gitterman, 1996; Mattaini et Meyers, 2002), mais elle se distingue par la « préoccupation quant à l'apport de la perception qu'a l'individu de son environnement [et] à la nature de l'interaction entre les deux » (Bouchard, 1987, p. 457). L'approche s'intéresse à la régulation des systèmes (Healy, 2014), par exemple les dynamiques qui maintiennent les systèmes en équilibre, et intervient à ce niveau afin d'amener changement et maintien (d'où l'intérêt d'une approche alternative pour se sortir du « plus de la même chose »). De plus, comme le fait d'agir sur un des éléments du système interfère sur les autres parties de ce système, l'individu ne fait pas que subir son environnement : il est aussi un système capable d'influencer les autres éléments systémiques. Cette perspective ramène aux potentialités ou aux capacités résiduelles des résidentes qui sont considérées et même valorisées à travers le processus d'intervention. Par ailleurs, les changements ne visent pas seulement la personne concernée et ses capacités d'adaptation, mais aussi les divers systèmes constituant son entourage et les possibilités et les ressources qu'ils peuvent lui offrir (Drolet, 2013). Ceci s'inscrit dans la perspective de l'approche milieu de vie que l'on retrouve en CHSLD.

Dans le cadre de l'intervention, cette approche est particulièrement utile pour l'analyse des besoins des résidentes. Comme il a été mentionné, le contexte organisationnel en CHSLD est complexe et des tensions existent entre les besoins des résidentes en termes de soins et les besoins psychosociaux. Une analyse

écosystémique des besoins des résidentes, en observant les différents systèmes en présence et leurs interactions, permet de considérer plusieurs facteurs afin de créer un programme et des activités d'intervention adaptés tant à l'unicité des individus que du milieu. Par ailleurs, l'approche écosystémique sera aussi utile pour analyser, d'un côté, les effets de l'intervention sur les différents systèmes et, à l'inverse, les potentialités et contraintes rencontrées à différents niveaux systémiques pouvant interférer avec l'intervention.

3.2 L'approche centrée sur la personne de Kitwood

L'approche centrée sur la personne est considérée comme une approche humaniste qui s'inscrit dans la lignée des travaux de Carl Rogers (Poirier, 1984). Comme son nom l'indique, il s'agit d'une approche qui place la personne au centre de ses soins. Les individus sont amenés à contribuer activement à l'intervention, et sont soutenus par l'intervenant en ce sens. Parmi les valeurs associées à cette approche se trouvent le partage des décisions, la communication et le respect mutuel (Poirier, 1984; Mitchell et Agnelli, 2015).

Kitwood, psychologue anglais, a utilisé cette approche et l'a adaptée spécifiquement aux besoins des personnes ayant une démence (1997). La démence est un terme parapluie qui regroupe tout syndrome affectant plusieurs aspects des fonctions cognitives d'une personne (Mitchell et Agnelli, 2015). La particularité de l'approche développée par Kitwood, comparativement à d'autres types d'intervention avec les personnes ayant un déficit cognitif, est le maintien de la considération de la personne dans sa totalité, dans l'accueil de sa personnalité comme elle se présente. Il a nommé ce concept « personhood », parfois traduit comme « notion de personne » (Ardiet, 2011). Cette notion requiert de la reconnaissance, du respect et de la confiance de la part des intervenants (Mitchell et Agnelli, 2015). Si ces éléments sont présents, la

notion de personne, selon Kitwood, devrait être stimulée de même que le bien-être. En leur absence, la personnalité sera ébranlée et diminuée.

En CHSLD, cette perspective redonne de la dignité aux résidentes, en les considérant comme des personnes malgré les différentes incapacités. Je considère que l'approche centrée sur la personne de Kitwood s'applique non seulement aux personnes ayant une démence, mais plus largement à l'ensemble de la population en CHSLD ayant de grandes pertes d'autonomie, qu'elles soient cognitives ou physiques. En effet, cette approche s'attaque directement aux pratiques discriminatoires présentes en milieu institutionnel, telles que l'infantilisation ou l'âgisme, afin de les transformer et d'offrir une reconnaissance sociale (MFA, 2012). Elle est d'ailleurs mentionnée et mise de l'avant dans la définition de l'approche milieu de vie qui a été présentée précédemment, et devrait être à la base de toutes interactions et interventions avec les résidentes.

Afin d'y parvenir, les auteurs s'entendent sur une posture d'intervention adoptant les attitudes présentées dans le tableau suivant, développé par Mitchell et Agnelli (2015). Les 12 interactions décrites sont qualifiées de « positives », en ce sens qu'elles permettent de contribuer au bien-être des personnes en respectant la singularité de chacune dans le développement des interventions, sans rien imposer, et en soutenant des relations significatives particulièrement importantes en fin de vie (tel qu'élaboré à la section 1.2.1). En CHSLD, ces attitudes peuvent agir comme des outils concrets aidant à l'actualisation de l'approche milieu de vie. Elles agissent, entre autres, au niveau de la création et du maintien d'une relation de confiance significative avec les résidentes. Les études démontrent qu'une alliance thérapeutique, basée sur la capacité d'empathie, le respect et la collaboration, participe à l'efficacité des interventions (Lambert et Vermeersch, 2002). La posture d'intervention inspirée de l'approche centrée sur la personne de Kitwood contient ces éléments (Mitchell et Agnelli, 2015). Les attitudes suggérées par Kitwood permettent de rencontrer chaque personne dans sa réalité, telle qu'elle se présente et change. Elle requiert de la sensibilité et de

l'attention, et ne passe pas nécessairement par la parole. De cette façon, elle aide à établir un contact, une connexion et des interactions selon les capacités de chacune.

Tableau 3.2 Types d'interactions positives selon Kitwood (Mitchell et Agnelli, 2015)

Interaction	Définition
Reconnaissance	Reconnaître l'unicité de la personne (ex : pensées, émotions).
Négociation	Consulter la personne par rapport à ses préférences. Le plus possible faire participer aux décisions.
Collaboration	Établir un esprit de partenariat avec la personne.
Jouer	Faciliter des activités appropriées, stimulant l'expression de soi.
Donner	Accepter les actes de gentillesse de la personne.
« Timalation »	Forme d'interaction stimulant les sens.
Célébration	Célébrer, peu importe la raison, tous les accomplissements et les réalisations de la personne.
Relaxation	Reconnaître les moments de relaxation et de solitude.
Validation	Accepter la réalité de la personne même si elle nous est inaccessible ou incompréhensible.
Porter	Fournir un environnement sécuritaire (physique et psychologique) où la personne se sent à l'aise de s'exprimer comme elle est.
Créer	Encourager la personne dans sa créativité.
Faciliter	Permettre à la personne de faire ce qu'elle ne pourrait réaliser seule.

L'approche centrée sur la personne, telle que développée par Kitwood, apparaît donc intéressante et pertinente pour ce projet. Elle fait office de posture d'intervention afin de créer des liens et de stimuler des interactions positives avec les résidentes, en passant par la reconnaissance, la négociation, la célébration et la validation. L'hortithérapie s'inscrit aussi très bien dans cette approche, en permettant notamment de faciliter le jeu, l'expression, la créativité et la « timalation ». Ces attitudes à mobiliser durant les interactions avec les résidentes du CHSLD permettront une réflexion sur

l'intervention et les pratiques observées dans le milieu, par exemple au niveau de la réponse des participantes lorsque ces attitudes sont présentes ou non. Voyons maintenant les dimensions psychosociales travaillées plus spécifiquement dans le cadre de l'intervention.

3.3 Le concept d'épanouissement psychosocial de Keyes

Puisque l'intervention d'horti-thérapie vise le développement psychosocial des résidentes, plus précisément leur mieux-être ou leur épanouissement, ce concept sera maintenant situé et défini.

Dans cet essai, le concept d'épanouissement psychosocial tel que développé par Keyes est utilisé. Le travail de Keyes s'est fait principalement avec des personnes ayant des problèmes de santé mentale, en contribuant notamment à l'idée de santé mentale positive, d'où le choix du terme « épanouissement » (Keyes, 2007). Le terme épanouissement implique l'idée d'un cheminement, d'une évolution qui part d'où est la personne pour tendre vers le mieux, vers un état plus satisfaisant. Il s'agit alors d'un mieux-être psychosocial et non d'un bien-être absolu, ce qui m'apparaît moins normatif et plus adapté aux personnes âgées en CHSLD. Il s'inscrit dans la même lignée que les critiques du modèle idéal du bien-vieillir (*successful aging*) :

For over two decades, “successful aging,” defined as avoidance of disease and disability and continued social and productive engagement, has been a leading paradigm in the aging literature. Resilience, conceptualized in much of this earlier literature as an enduring and fixed personality trait, has been identified as an important component of successful (or healthy and productive) aging. Critics of these earlier definitions note that these conceptualizations are too narrow and misleading and limit the number of older adults who can be defined as aging well, reflecting the experience of more privileged groups in our society and contributing to the marginalization of others (Perkins, 2014, p. 138-139).

Dans le contexte de cet essai, l'épanouissement psychosocial dont il est question peut être compris dans le sens de « résilience », selon la définition donnée par Perkins et qui contient d'ailleurs des éléments d'analyse écosystémiques et des caractéristiques de l'approche centrée sur la personne de Kitwood :

Resilience is not static and may wax and wane and have varying impacts on individuals at different stages of their life course. Instead of a fixed personality trait, resilience is increasingly recognized as a temporal, multidimensional, and multilevel process that may vary across multiple domains (e.g., social competency vs spiritual strength) and be influenced by factors at multiple ecological levels (i.e., individual level, social network level, local community level, and larger societal level). Understanding these nuances is essential for developing effective interventions that can increase resilience in older adults from diverse segments of the population who are confronting differing age-related challenges or other adversities (2014, p. 139).

La résilience, bien que définie comme la capacité d'adaptation d'une personne, ne se limite pas aux facteurs individuels. La perception et la réaction à une situation donnée sont certes influencées par les trajectoires et expériences de vie propres et des composantes biopsychologiques. Cependant, les aspects sociaux, communautaires et environnementaux doivent être considérés dans le soutien qu'ils peuvent offrir à la résilience (Cyrulnik, 2017). Les interventions doivent donc se penser de façon écosystémique et non simplement de façon individuelle afin de travailler au niveau des différentes couches de la résilience (Cyrulnik, 2017; Fougeyrollas, 1993).

Ainsi, il sera intéressant de voir si l'horti-thérapie permet de contribuer à la résilience des personnes âgées en CHSLD par des interventions ciblant les différentes composantes psychosociales de Keyes. Celles-ci s'élaborent selon une perspective écosystémique, dans un continuum reliant des dimensions individuelles (mieux-être émotionnel) et relationnelles (fonctionnement psychosocial) auxquelles se greffe une composante sociocommunautaire/environnementale (appropriation du milieu). Au

niveau du bien-être émotionnel, Keyes recommande de travailler l'humeur positive, la satisfaction et l'acceptation de soi (2007; Benny *et al.*, 2016). Ces dimensions peuvent être évaluées en regardant, par exemple, le changement dans le temps de la bonne humeur, de l'enthousiasme, de certains comportements (par exemple l'agitation et l'errance), de l'intérêt, de l'attitude envers soi-même et du sentiment de satisfaction des résidentes participant à l'activité. D'autres critères diagnostiques sont l'actualisation personnelle, le sens donné à la vie (et à la mort) et le sentiment de compétence (Benny *et al.*, 2016; Keyes, 2007). Ces composantes peuvent être perçues, sur le terrain, par l'identification, chez les résidentes, de leurs capacités résiduelles, de l'ouverture face à l'activité et aux nouvelles expériences et du sentiment de plaisir et d'accomplissement. À un niveau social, le degré de satisfaction des relations, la contribution et l'intégration peuvent faire l'objet d'objectifs d'intervention (Benny *et al.*, 2016; Keyes, 2007). Ces critères peuvent être observés par les transformations au niveau du nombre et du type d'interactions entre les résidentes, du degré d'intimité, de l'attitude envers les autres, du sentiment d'appartenance, du soutien mutuel et de la satisfaction de participer à une activité ayant un impact sur le milieu de vie.

Dans le cadre de ce projet, les aspects de contribution et d'appropriation du milieu peuvent être compris à travers le concept de participation sociale. Selon la typologie de Levasseur *et al.* (2010), la participation sociale peut être définie selon les 6 niveaux du continuum suivant : se préparer à une rencontre, être avec d'autres, interagir avec d'autres sans activité spécifique, faire une activité avec d'autres, aider les autres et contribuer à la société. En CHSLD, la participation sociale se limite généralement aux premiers niveaux du continuum. Afin de maximiser le contexte social des aînés, Levasseur et Raymond (2013) suggèrent l'utilisation d'interventions innovantes et efficaces, ce qui est exploré dans ce projet à travers l'horti-thérapie.

Les composantes du concept d'épanouissement psychosocial de Keyes qui viennent d'être présentées seront reprises et adaptées dans l'élaboration des objectifs

d'intervention (tableau 4.2.2), et serviront par le fait même à l'analyse des effets de l'intervention, selon les changements et transformations observés à ces différents niveaux.

En résumé, il a été vu que les CHSLD accueillent de plus en plus une population très âgée, en fin de vie et avec de lourdes pertes d'autonomie, mais ayant aussi et toujours des besoins psychosociaux et socio-affectifs à ne pas négliger. L'adaptation à un mode de vie institutionnel souvent non désiré, qui implique une promiscuité avec de nombreux inconnus (par exemple les employées et les autres résidentes) et des règles de vie imposées, de même que l'acceptation de pertes comme les déficits cognitifs et physiques sont, à différents degrés, des difficultés vécues par toutes personnes vieillissant en milieu d'hébergement. Celles-ci vivent une situation qui combine solitude, fragilité, vulnérabilité et dépendance. Par contre, les incapacités et les dépendances fonctionnelles des résidentes, compte tenu de leur complexité et lourdeur, placent les soins de santé au premier plan, ce qui rend difficile la transformation de ces institutions en milieux de vie. Le présent projet de maîtrise soutient l'hypothèse que le travail social, par l'utilisation d'approches alternatives, en l'occurrence l'horti-thérapie, peut agir sur certaines dimensions psychosociales et soutenir le mieux-être, les interactions significatives, la résilience, l'inclusion et la participation sociale des personnes âgées hébergées. Afin de corroborer certains éléments présentés dans la problématique, l'approche écosystémique rend possible une analyse contextualisée des besoins des résidentes du CHSLD, permettant de développer des activités d'horti-thérapie adaptées à la réalité des personnes et du milieu. De son côté, l'approche centrée sur la personne de Kitwood offre une posture d'intervention, voire d'interaction, respectueuse de la personne dans sa totalité, en reconnaissant non seulement ses incapacités mais aussi ses capacités résiduelles. Le concept d'épanouissement psychosocial de Keyes propose des caractéristiques à

observer et sur lesquelles agir. Je vais maintenant présenter le projet de stage et la façon dont ces éléments ont été opérationnalisés en pratique.

CHAPITRE 4

DÉROULEMENT DU STAGE

Ce chapitre vient présenter la façon dont le projet s'est réalisé en stage. D'abord, le milieu de stage, soit le CHSLD Robert-Cliche, sera présenté. Ensuite, le projet de stage sera décrit à travers les différentes phases de l'intervention (la planification, la prise de contact et la syntonisation, le recrutement, la phase de travail et la terminaison), tout en incluant les objectifs d'intervention. Les différents types d'intervention seront détaillés, en accordant plus d'importance au groupe fermé d'horti-thérapie et aux interventions individuelles ayant occupé la majeure partie du stage.

4.1 Présentation du milieu de stage

Le projet de stage s'est réalisé au CHSLD Robert-Cliche, l'un des 7 CHSLD du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Lucille-Teasdale, faisant désormais partie du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Il se situe dans le quartier Rosemont de Montréal. Le centre d'hébergement Robert-Cliche dispose de 100 places et offre des chambres simples, réparties sur trois étages. La majorité des personnes hébergées sont des femmes très âgées (85 ans et plus) avec de grandes pertes d'autonomie physique et cognitive. En termes de dépendances fonctionnelles, le portrait global de la population du CHSLD Robert-Cliche correspond aux moyennes provinciales décrites dans la littérature : environ 60% des résidentes présentent une très grande perte d'autonomie physique, et entre 60% et 80% des déficits cognitifs (Charpentier *et al.*, 2010; MSSS, 2003). Les résidentes requièrent généralement plusieurs heures de soins

par jour, qu'il s'agisse de soins de santé ou d'aide aux activités de la vie quotidienne (AVQ et AIVQ) telles que se vêtir, se nourrir et se laver.

À leur arrivée, et en lien avec l'approche milieu de vie, les nouvelles résidentes (et/ou leur famille) participent à une rencontre sur l'élaboration de leur plan d'intervention interdisciplinaire (PII). À cette rencontre se joignent la chef d'unité (infirmière), les préposées s'occupant de la résidente en question, une personne de l'équipe de réadaptation (l'ergothérapeute ou la thérapeute en réadaptation physique) et une personne parmi la travailleuse sociale, la technicienne en loisirs ou l'intervenant en soins spirituels. Des objectifs de soins, de réadaptation et personnels sont alors définis. Ils sont révisés annuellement.

En cohérence avec ce qui a été décrit dans la problématique, la travailleuse sociale s'occupe principalement de la gestion entourant les admissions et des régimes de protection. De son côté, la technicienne en loisirs propose un calendrier d'activités mensuel. La participation dépend des intérêts et de l'état de santé des résidentes, et peut aller jusqu'à une quarantaine de participantes pour les activités d'envergure comme les concerts. Les activités sont surtout de nature occupationnelle et récréative, visant à se changer les idées et à favoriser la socialisation. La technicienne en loisirs soutient également les préposées aux bénéficiaires dans l'actualisation au quotidien d'une approche loisir dite personnalisée, en lien avec l'approche milieu de vie (Hallé, 2014, 2016). En effet, les préposées doivent désormais intégrer à leurs tâches davantage d'interactions et d'activités dépassant le domaine des soins de santé.

Par ailleurs, malgré la reconnaissance d'autres besoins, notamment les besoins psychosociaux, et malgré les Orientations ministérielles et les volontés institutionnelles de concilier l'offre de soins de santé et de services avec un environnement épanouissant pour les résidentes, le CHSLD Robert-Cliche ne fait pas exception et l'approche milieu de vie semble tarder à s'actualiser.

Devant ce constat, j'ai développé un projet d'intervention autour de l'horti-thérapie. Cette méthode d'intervention, bien que relativement peu connue au Québec et donc rarement utilisée formellement, a fait ses preuves, tel que mentionné précédemment, avec une population âgée présentant des déficits physiques et cognitifs, et ce depuis plusieurs années (Abbott, 1997; AHTA, 1997; Gigliotti *et al.*, 2004; Haller et Kramer, 2006; Michaels, 2013). Comme il a été élaboré dans les chapitres précédents, son intérêt repose, entre autres, sur son potentiel d'actions et d'effets à plusieurs niveaux, tels que le mieux-être émotionnel, le fonctionnement psychosocial et l'environnement. Selon une perspective écosystémique, je considère ces trois aspects comme faisant partie d'un même continuum d'interventions s'intéressant aux interactions entre l'individu, son entourage et son milieu de vie. Durant le stage, je ne me suis donc pas limité aux effets individuels ou thérapeutiques de l'horti-thérapie. Je me suis intéressé à sa capacité d'action à différents niveaux afin de soutenir le bien-être psychosocial des résidentes. Une sous-question s'est développée autour de ces considérations, à savoir comment une approche alternative, en l'occurrence l'horti-thérapie, peut soutenir l'exercice du travail social en contexte milieu de vie/CHSLD.

4.2 Le projet d'intervention

Le stage s'est divisé en différentes phases correspondant aux phases de développement d'un projet d'intervention (Alain et Dessureault, 2009), soit la planification, la prise de contact et la syntonisation, le recrutement, la phase de travail et la terminaison.

4.2.1 La planification

D'abord, la planification s'est déroulée à l'été 2017. Un projet de stage a été proposé et accepté par le milieu. Par une revue de littérature, ce projet faisait état de la

situation des personnes âgées en CHSLD au niveau des besoins psychosociaux, des défis entourant l'actualisation de l'approche milieu de vie et de la description du travail social en CHSLD (chapitre 1), tout en proposant une méthodologie d'intervention alternative à expérimenter en stage afin de répondre à cette problématique, soit l'horti-thérapie (chapitre 2).

4.2.2 La prise de contact et la syntonisation

Le stage a débuté officiellement le 14 septembre 2017. Les premières semaines ont servi à la prise de contact, à l'intégration dans le milieu et à la validation de la problématique par une analyse écosystémique des besoins. Durant le premier mois, j'ai participé aux activités de la technicienne en loisirs afin de rencontrer les résidentes et de me familiariser avec le type d'activités offertes. J'ai aussi rencontré les différentes équipes de travail : la direction (la chef d'unité et la coordonnatrice), l'équipe de soins (les infirmières et les préposées), l'équipe de réadaptation physique (l'ergothérapeute et la technicienne en réadaptation physique) et l'équipe psychosociale (la technicienne en loisirs, l'intervenant en soins spirituels et la travailleuse sociale). J'ai participé à quelques rencontres d'élaboration et de révision de plan d'intervention interdisciplinaire (PII), ce qui m'a permis de constater la nature des besoins évalués et la façon habituelle d'y répondre afin que mon projet puisse être pertinent et complémentaire. Par le contact avec les résidentes, l'équipe et le milieu, des besoins psychosociaux se sont fait sentir chez les résidentes ne présentant pas ou peu de pertes cognitives. Dans le contexte de CHSLD, cette population pourrait être qualifiée de marginale par sa proportion plus faible que celle ayant des déficits cognitifs et les défis que cela soulève au niveau des besoins comme la socialisation. Le projet de stage initial (qui était d'intervenir principalement auprès de la population majoritaire, soit celle présentant des pertes cognitives) s'est donc adapté en fonction de ces observations et de l'analyse écosystémique des besoins. Des objectifs d'intervention adaptés de Keyes (section 3.3) ont été formulés (voir tableau suivant)

et la phase de recrutement a débuté afin de mettre sur pied un groupe fermé d'horti-thérapie, de socialisation de type participation (Turcotte et Lindsay, 2008).

Tableau 4.2.2 Objectifs d'intervention

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Axes d'intervention	Indicateurs de mesure/Stratégies de collecte d'informations
1) Développer un sentiment de mieux-être émotionnel	Par l'horti-thérapie, que les résidentes puissent : 1.1) Exprimer une humeur positive 1.2) Témoigner un sentiment de satisfaction 1.3) Démontrer une résilience par rapport à leur situation	- Processus	- Analyse écosystémique des besoins - Grilles : plan d'intervention et suivi (Annexe A) - Observation participante (journal de bord) - Évaluation finale et rapport de stage
2) Soutenir le fonctionnement psychosocial	2.1) Apprécier leurs capacités résiduelles 2.2) Créer des relations significatives avec les autres résidentes 2.3) Exprimer un sentiment d'appartenance	- Produit - Socialisation - Interaction avec l'environnement	
3) Favoriser l'appropriation du milieu de vie par ses acteurs	3.1) Exprimer leurs besoins au personnel 3.2) Avoir accès à un environnement nourrissant 3.3) Participer socialement	- Produit - Processus - Interaction avec l'environnement	

4.2.3 Le recrutement

En fonction des critères de sélection (soit des pertes d'autonomie physique, peu ou pas de pertes cognitives, difficultés d'adaptation et/ou d'acceptation, ennui, isolement, solitude, besoins de socialisation et de contribution), les résidentes ayant

un profil similaire (voir l'annexe B pour le profil des participantes au groupe d'horti-thérapie) et étant intéressées par les activités d'horti-thérapie ont été identifiées. Certaines se sont manifestées par elles-mêmes, après avoir pris connaissance des affiches placées dans la résidence afin de faire la promotion des activités d'horti-thérapie. L'équipe et les familles ont aussi été utiles pour cibler quelques participantes. À l'aide des grilles présentées en annexe A, j'ai rencontré individuellement les résidentes identifiées et intéressées afin de procéder à une « évaluation du fonctionnement social » et d'élaborer des plans d'intervention personnalisés en lien avec les objectifs présentés au tableau précédent. Ainsi, un programme d'horti-thérapie adapté à leurs besoins spécifiques a été développé.

4.2.4 La phase de travail

4.2.4.1 Intervention de groupe

La phase de travail a commencé le 16 novembre 2017 par la première rencontre de groupe. Les activités d'horti-thérapie se sont articulées principalement autour de différents axes d'intervention, soit le produit, le processus, la socialisation et l'interaction avec l'environnement, en lien avec les besoins de chacune des participantes et les objectifs établis en matière de mieux-être émotionnel, de fonctionnement psychosocial et d'appropriation du milieu de vie découlant du concept d'épanouissement psychosocial de Keyes (tableau 4.2.2). Le groupe, composé de 4 participantes (Madame A, B, C et D), s'est réuni à chaque semaine avant le temps des fêtes, pour un total de 6 rencontres en 2017. La tâche était de réaliser des boutures à offrir comme cadeaux de Noël aux membres du personnel, aux familles et amis. Au retour des fêtes, j'ai ouvert le groupe à d'autres résidentes, toujours ayant le même profil. Une nouvelle résidente s'est finalement jointe aux activités (Madame E), alors qu'une participante (Madame B) a dû délaissier le groupe

pour cause d'hospitalisation. À l'hiver et au printemps 2018, 12 activités ont été organisées. Le tableau synthèse suivant présente la description des diverses séances de groupe et le nombre de participantes à chacune d'elles. Les activités *en italique* indiquent des semaines où le groupe formel n'a pas pu avoir lieu, mais où des suivis ont tout de même été réalisés soit en individuel ou dans le cadre d'une autre activité ayant lieu au CHSLD. En effet, une des difficultés a été la coordination des rencontres en fonction de l'horaire de chacune des participantes, de l'horaire des activités de loisirs et de la disponibilité des salles afin d'éviter les conflits et de faciliter la participation. Par exemple, les premières rencontres de groupe à l'automne 2017 ont conduit à un réajustement afin de trouver le meilleur moment de la journée et de la semaine pour se réunir, où toutes les participantes (entre autres Madame A ayant une perte d'autonomie physique sévère) seraient disponibles (c'est-à-dire levées, prêtes et n'ayant pas d'autres activités comme la physio).

En moyenne, trois personnes étaient présentes à chaque rencontre. Mis à part les aspects logistiques et organisationnels précédemment mentionnés, quelques facteurs ont influencé la participation des résidentes au groupe, dont leur niveau d'énergie de la journée (les absences de Madame D sont pour cette raison). Ma posture d'intervention étant influencée par l'approche centrée sur la personne de Kitwood (Mitchell et Agnelli, 2015), elle s'est manifestée notamment par l'aspect volontaire du groupe et le respect des décisions de chaque participante au niveau de leur implication. Par exemple, avant chaque séance de groupe, je faisais la tournée des résidentes afin de voir si elles désiraient participer ce jour-là. Un autre facteur jouant sur la participation a été l'état de santé physique. À l'hiver, l'élan et la cohésion du groupe a été affecté par la maladie, empêchant les résidentes, à tour de rôle, de participer aux activités. Par exemple, le 1^{er} étage a été mis en isolement durant un mois (entre la mi-février et la mi-mars) à cause d'une éclosion de virus respiratoire, empêchant la participation aux activités pour Madame C résidant à cet étage.

Tableau 4.2.4.1 Résumé des séances de groupe

AUTOMNE 2017		
Date	Description de l'activité	Nombre de participantes
16 novembre	Jardin de cactus	4
23 novembre	Diverses propagations	3 (Madame A absente)
30 novembre	Repiquage des boutures	2 (Madame A et D absentes)
7 décembre	Repiquage des boutures	3 (Madame D absente)
14 décembre	Emballage des pots	4
21 décembre	Emballage et terminaison avant les fêtes	3 (Madame A absente)
HIVER ET PRINTEMPS 2018		
Date	Description de l'activité	Nombre de participantes
30 janvier	Petites serres (dômes)	3 (Madame B hospitalisée)
6 février	Germinations	4 (accueil de Madame E)
13 février	<i>Suivi des germinations en individuel (activité de loisirs pour la St-Valentin)</i>	4
20 février	<i>Présentation du nouveau menu par la responsable de la cuisine (proposition du groupe de faire pousser des germinations pour la cuisine : refusée)</i>	2 (Madame D et E absentes)
22 février	Tisanes et planification des semis	2 (Madame A et D absentes)
8 mars	Premiers semis	2 (Madame C et E en isolement)
15 mars	Semis et étiquettes	2 (Madame C et E en isolement)
27 mars	Rempotage des tomates	4
3 avril	Rempotage des aubergines et poivrons	3 (Madame D absente)
10 avril	Jardin de fines herbes	3 (Madame D absente)
24 avril	Préparation de la vente de semis	3 (Madame D absente)
27 avril	Vente de semis et terminaison	4

Chaque séance d'horti-thérapie suivait normalement ce déroulement :

- Activité de syntonisation
- Activité horticole
- Activité de socialisation : conversations plus ou moins dirigées (rôle de facilitateur des processus et des interactions et non d'animateur)
- Bilan de la rencontre

En général, j'ai proposé les activités horticoles, bien que certaines aient été amenées par les participantes, comme l'emballage des pots à offrir en cadeau ayant été suggéré par Madame D. Quant aux thèmes des discussions durant les séances d'horti-thérapie, ils ont émergé naturellement au sein du groupe. Les résidentes ont partagé des histoires et souvenirs de leur vie respective et ont particulièrement échangé sur leur situation présente, avec ses difficultés et les stratégies employées pour y faire face. Les thèmes principaux et récurrents pourraient être catégorisés selon les besoins de stimulation (apprendre, chasser l'ennui), de socialisation (briser l'isolement, créer et entretenir des liens significatifs), de participation (contribuer, être utile, quête de sens, arrêter de se faire infantiliser ou invalider), d'adaptation et de résilience (acceptation des pertes/nouvelles réalités, revendication des droits). Ces moments de discussion ont permis ce que je qualifierais d'une « évaluation continue des besoins », c'est-à-dire découvrir et apprendre à connaître les résidentes en continu afin de pouvoir adapter les actions en fonction de leurs besoins, ce qui peut mener au soutien de l'extériorité du groupe et à son appropriation du milieu de vie dans le respect de la volonté des participantes. Les effets du groupe d'horti-thérapie seront d'ailleurs analysés au chapitre suivant, tant au niveau individuel et relationnel que social et environnemental.

4.2.4.2 Interventions individuelles

Le groupe d'horti-thérapie qui vient d'être présenté a occupé la majeure partie de mon temps de stage. Par ailleurs, j'ai aussi réalisé des interventions individuelles où

l'horti-thérapie a pris différentes formes et joué différents rôles. Selon les situations, elle a été soit un outil complémentaire à des interventions de type travail social plus traditionnel (avec Madame B et D et Monsieur G), soit utilisée plus formellement comme méthode d'intervention (avec Madame F).

Certaines participantes du groupe (Madame B et D) ont manifesté des besoins psychosociaux plus importants au niveau du mieux-être émotionnel, par rapport à l'adaptation et à la résilience. D'un commun accord, nous nous sommes entendus pour que je les rencontre à l'extérieur du groupe afin de travailler ces objectifs plus spécifiques (2 séances avec Madame B, qui a ensuite été hospitalisée pour des problèmes de santé mentale, et 6 séances avec Madame D).

À partir de l'hiver, des interventions et suivis individuels ont aussi eu lieu avec deux personnes (Monsieur G et Madame F) ne participant pas au groupe (car ne correspondant pas aux critères de sélection, par exemple à cause des pertes cognitives), mais dont les difficultés d'adaptation et besoins psychosociaux nécessitaient une intervention relevant du travail social. Monsieur G a été référé par d'autres employées, car il exprimait des idées suicidaires, et a été rencontré à 4 reprises.

Finalement, avec Madame F, aussi référée par l'équipe de son étage, une intervention formelle d'horti-thérapie a été à la base des 6 rencontres. Madame F a très bien répondu à l'approche et une étude de cas pour analyser les effets de l'intervention sera présentée au prochain chapitre.

4.2.4.3 Autres interventions

Une activité d'horti-thérapie de grand groupe, ouverte à toutes les résidentes, a aussi été organisée à l'automne. Les objectifs étaient de faire un pré-groupe afin d'expérimenter l'activité avec les résidentes, d'aider à l'identification de certaines

participantes pour le groupe fermé et de permettre aux résidentes de bénéficier des effets thérapeutiques momentanés que peut procurer cette approche au niveau du mieux-être (Gigliotti *et al.*, 2004). Bien qu'appréciée et ayant un certain potentiel d'intervention, cette activité s'apparentant davantage aux loisirs n'a pas été répétée durant le stage et ne servira pas à l'analyse.

Par ailleurs, l'observation participante a permis de noter plusieurs effets de l'intervention en dehors du groupe, que ce soit parmi les participantes ou chez les résidentes en général. Des employées ont observé des changements chez les participantes du groupe (par exemple, moins de repli sur soi et d'isolement dans la chambre pour certaines résidentes, et des recherches d'interactions entre les participantes à l'extérieur du groupe). Le matériel horticole, par exemple la production de semis de légumes, était aussi exposé dans la salle communautaire et donc accessible à tout le monde. De par la simple présence des plantes et la stimulation sensorielle (principalement visuelle), certaines résidentes ayant des déficits cognitifs sévères ont eu des réactions très intéressantes de connexion à l'autre, de moments d'éveil, de partage de souvenirs, de catharsis, d'expression d'émotions, d'interactions et d'apaisement.

Tout au long du stage, j'ai aussi fait des interventions dans le milieu, notamment auprès des autres intervenants, des membres du personnel et des bénévoles. Le but de ces interventions était principalement d'informer et de sensibiliser le milieu à mon projet d'intervention (notamment à l'horti-thérapie et à l'approche centrée sur la personne de Kitwood), et de mobiliser les différents acteurs dans une perspective collective et interdisciplinaire afin de soutenir les composantes sociales et environnementales de la résilience. Ces éléments seront analysés au chapitre 5, par exemple lorsqu'il sera question des effets de l'intervention au niveau de l'extériorité du groupe et de la participation sociale.

4.2.5 La terminaison

Mon stage s'est terminé à la fin avril 2018. En matière de pérennité et maintien, une bénévole viendra visiter Madame F à l'occasion afin de l'aider à entretenir ses plantes et celles dont elle s'occupe sur l'étage. Quant au groupe, il s'est conclu par la vente de semis. Pour l'instant, le groupe tel que vécu dans mon projet ne sera pas continué, même si l'intervenant en soins spirituels a manifesté un intérêt de reprendre l'idée du petit groupe de socialisation (sans utiliser l'horti-thérapie, mais pour continuer un travail au niveau psychosocial). À la base, les activités horticoles devaient aussi prendre fin avec mon départ. Finalement, un financement a rendu possible l'achat de matériel (des bacs adaptés aux résidentes en chaise roulante) et la prise en charge d'activités et de suivis horticoles par un organisme communautaire. La technicienne en loisirs a donc saisi l'opportunité et a inclus dans sa programmation estivale une activité de jardinage, en considération de l'intérêt soulevé par mon projet et des effets observés chez les résidentes et dans le milieu, dont il sera maintenant question.

CHAPITRE 5

ANALYSE CRITIQUE

Le CHSLD Robert-Cliche est représentatif de la situation des CHSLD au Québec. Il offre des soins et un milieu sécuritaire aux résidentes, lesquelles ont de sévères pertes d'autonomie physique et/ou cognitive et des dépendances fonctionnelles pour les activités de la vie quotidiennes (AVQ et AIVQ). Il constitue un « chez soi » et, à cet égard, il tente de satisfaire les besoins psychosociaux des résidentes. Toutefois, l'implantation de l'approche milieu de vie se heurte à d'importantes limites. Dans le cadre de ce projet en travail social, l'intervention par l'horti-thérapie avait comme objectif de travailler sur les dimensions psychosociales (épanouissement psychosocial de Keyes tel que défini à la section 3.3) dans un continuum allant de l'individuel (mieux-être émotionnel) au socio-relationnel (soutien au fonctionnement psychosocial), jusqu'à l'environnement (appropriation du milieu). Ces objectifs (voir tableau 4.2.2) ont-ils été atteints? Au terme d'une intervention qui s'est échelonnée sur 8 mois, ce chapitre en fait la discussion. Pour ce faire, une analyse des effets psychosociaux de l'horti-thérapie sera proposée pour chacun de ces trois objectifs. Cette analyse fera des liens entre la théorie et la pratique, c'est-à-dire entre les éléments présentés dans la problématique, le modèle d'intervention, le cadre d'analyse et leurs mises en application en stage.

5.1 Les effets de l'horti-thérapie sur l'ontosystème

Cette section s'intéresse aux effets de l'horti-thérapie sur le mieux-être émotionnel des résidentes, via les interventions de groupe et les interventions individuelles. Tel que mentionné précédemment, peu de temps après leur arrivée en

CHSLD, un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) est formulé avec les résidentes et/ou leur famille et l'équipe de soins, de réadaptation physique et psychosociale. Il importe de souligner que ces PII sont teintés par les discours bio-médicaux et légaux (Healy, 2014) et se concentrent davantage sur l'offre de services en matière de soins de santé et ce qui doit être mis en place pour aider la personne dans ses activités de la vie quotidienne (AVQ et AIVQ). Ils ont une nature « fonctionnelle » en ce sens que les ententes tournent principalement autour de l'ajustement de l'horaire quotidien et d'autres besoins que pourraient exprimer les résidentes en termes de confort et de rythme de vie. Tel qu'observé dans le milieu, les besoins psychosociaux sont considérés, mais les objectifs demeurent habituellement assez généraux et s'articulent autour de la participation aux activités organisées par le service de loisirs.

L'analyse écosystémique que j'ai faite en début du stage a mis en lumière les besoins psychosociaux auxquels le milieu (et le travail social en CHSLD dans sa forme actuelle) n'arrive pas à répondre. Quelques dossiers référés identifiaient des besoins psychosociaux spécifiques. Cependant, j'ai principalement constaté la récurrence de certaines difficultés chez plusieurs résidentes en apparence sans besoin particulier (rendant par le fait même pertinent une intervention alternative de nature écosystémique). Ces difficultés, et les frustrations qui l'accompagnent, peuvent être regroupées autour de l'adaptation, du deuil, de la solitude, de l'ennui, du besoin d'être considéré/reconnu et de la participation sociale. Ainsi, par la connaissance des résidentes et du milieu, l'analyse écosystémique des besoins a permis de « bonifier » les PII. Mes interventions de groupe et interventions individuelles ont eu lieu pour agir sur ces difficultés à différents niveaux (tableau 4.2.2). L'analyse de leurs effets psychosociaux sur le mieux-être émotionnel des participantes sera maintenant présentée. Avant de poursuivre la lecture de cette section, je recommande de prendre connaissance du profil des participantes au groupe d'horti-thérapie (en annexe B afin d'alléger le texte et de pouvoir s'y référer facilement).

5.1.1 Le mieux-être émotionnel des participantes au groupe d'horti-thérapie

D'abord, rappelons que, selon Keyes, les composantes du mieux-être émotionnel sont l'humeur positive et le degré de satisfaction et d'acceptation de sa situation (2007). À cela s'ajoutent les dimensions du sens (donné à la vie et à la mort), de l'actualisation personnelle et du sentiment de compétence (Benny *et al.*, 2016; Keyes, 2007). En lien avec ces dimensions, l'un des critères de sélection des participantes au groupe d'horti-thérapie était les difficultés d'adaptation exprimées soit par rapport au déménagement et à la vie en CHSLD et/ou par rapport aux pertes d'autonomie. Ainsi, le travail au niveau de la résilience dite individuelle (Cyrulnik, 2017) était fondamental à l'intervention. Le groupe d'horti-thérapie a-t-il permis une évolution en ce qui a trait aux composantes du mieux-être émotionnel? De quelle façon?

J'ai observé des changements notables au niveau de l'humeur des participantes au cours des séances qui se sont déroulées sur plusieurs mois. Tel que décrit à l'annexe B (profil des participantes), les résidentes démontraient une certaine déprime exprimée par l'ennui et une perte de sens et de motivation, qui est commune en CHSLD (Gawande, 2014). Au fil des rencontres, des changements d'attitude ont été visibles, notamment au niveau du degré d'intérêt et de l'enthousiasme. Par exemple, Madame C disait « faire de la couture avant, et maintenant, c'est de l'horticulture! Je ne connaissais rien aux plantes et j'apprends beaucoup, j'aime ça ». Ces transformations « ontosystémiques » peuvent être attribuables à plusieurs facteurs. D'abord, l'horti-thérapie a eu des effets positifs par les axes d'intervention du produit, de la socialisation et du processus. En lien avec la littérature (Haller et Kramer, 2006), les tâches (boutures à offrir en cadeaux de Noël, production de semis pour une vente au printemps) ont donné une raison d'être et un sens au quotidien des participantes en ravivant une fierté et un sentiment d'utilité chez elles. Elles ont pu reconnaître et apprécier leurs capacités résiduelles et leur contribution sociale (les effets sur le milieu seront discutés plus en profondeur à la section 5.3). Le fait d'avoir un moment de rencontre à chaque semaine a aussi contribué au sentiment de mieux-

être, par la création et le maintien d'interactions significatives (les éléments de socialisation seront développés à la section 5.2). Les résidentes attendaient d'ailleurs chaque séance avec impatience, pour réaliser l'activité en soi et pour se retrouver ensemble. Enfin, les aspects reliés à l'adaptation et à l'acceptation (composantes de la résilience individuelle) ont été grandement facilités par les dynamiques d'aide mutuelle (Steinberg, 2008). Celles que j'ai observées sont le soutien émotionnel (par l'écoute et l'empathie), la mise en commun d'expériences (« tout le monde dans le même bateau »), la discussion de sujets tabous (comme la cohabitation avec d'autres personnes malades et la maltraitance) et le partage d'information (sur leurs droits, les services et les « règles » de vie en CHSLD).

5.1.1.1 Les dynamiques d'aide mutuelle en intervention de groupe

Le support donné au groupe, par l'axe d'intervention du processus et les dynamiques d'aide mutuelle, a été très riche pour les participantes et a contribué à leur mieux-être émotionnel de plusieurs façons. D'abord, les critères de sélection étaient adéquats et l'homogénéité du groupe a rendu possible la cohésion, l'appropriation de la cible par les participantes et l'émergence des dynamiques d'aide mutuelle (Turcotte et Lindsay, 2008). Il faut aussi mentionner l'importance de mettre en application les interactions positives selon Kitwood (tableau 3.2) pour le développement de la relation de confiance nécessaire à une intervention efficace (Lambert et Vermeersch, 2002). Je me suis efforcé d'adopter ces attitudes d'intervention centrées sur la personne, notamment celle dite « porter » qui accorde une attention particulière à la création d'un espace de rencontre sécuritaire. À cet effet, j'ai remarqué que les résidentes étaient plus confortables de s'exprimer lorsque les rencontres avaient lieu dans la salle communautaire au sous-sol (endroit privé où les portes peuvent se fermer, mais parfois occupé pour d'autres activités de loisirs ou physio) que dans les salles communes aux étages (en présence d'autres résidentes ou employées). L'espace, et en

partie la qualité des lieux, influe sur les dynamiques de groupe et est à considérer (Turcotte et Lindsay, 2008). La durée notable de l'intervention (18 rencontres sur 6 mois) a aussi contribué à l'engagement des participantes (Turcotte et Lindsay, 2008) et à la transformation, au sein du groupe, des thèmes discutés, qui sont devenus plus personnels et profonds. Les participantes en sont venues, avec aisance, à partager et collectiviser leurs expériences propres et à échanger leurs stratégies d'adaptation, comme il sera maintenant analysé.

Le groupe offrait un espace de rencontre peu commun en CHSLD, permettant aux résidentes d'expérimenter de nouvelles façons d'être et de faire qui ont contribué à leur mieux-être émotionnel (Gascon, 2018). Une dynamique d'aide mutuelle non négligeable a été le soutien émotionnel, par l'écoute et l'empathie offertes pour la première fois à certaines participantes. Par exemple, Madame A, très émotive après avoir partagé au groupe comment elle se sentait par rapport à son état de santé actuel et sa difficulté d'adaptation à la vie en résidence, a confié n'avoir jamais trouvé autant d'écoute depuis son arrivée en CHSLD. Elle se sentait comprise et plus légère après son partage. De plus, mon souci d'encourager les types d'interactions positives de Kitwood (tableau 3.2) au sein du groupe, dont la reconnaissance et la validation, aura certainement contribué à ce que les participantes se sentent considérées, écoutées et comprises (Mitchell et Agnelli, 2015).

Les résidentes ont toutes, à un moment ou à un autre, partagé certains deuils en lien avec les pertes d'autonomie et/ou le déménagement à Robert-Cliche, et leurs difficultés d'adaptation au milieu de vie. À cet effet, elles s'entendaient pour dire que « c'est bien ici [au CHSLD], mais ça reste une petite chambre et c'est pas chez moi... on fait le deuil de ça ». L'hétérogénéité du groupe (se référer à l'annexe B pour le profil des participantes) en termes de profil type (selon la typologie de Charpentier, 2007) a été utile pour l'aide mutuelle : les plus indépendantes et sereines (Madame B, C et E) ont pu soutenir celles qui se sentaient plus prisonnières et soumises (A et D) en offrant une perception différente du quotidien vécu. L'équilibre entre

l'homogénéité du groupe au niveau des caractéristiques descriptives (ayant permis, tel que décrit précédemment, la cohésion et l'appropriation de la cible) et l'hétérogénéité pour les caractéristiques comportementales est donc à rechercher (Turcotte et Lindsay, 2008).

La discussion de sujets délicats ou « tabous » faisaient souvent parti des conversations, notamment la cohabitation avec d'autres résidentes qu'elles considèrent « plus malades qu'elles » et la maltraitance. C'est d'ailleurs à ce dernier sujet que beaucoup de partage d'information a eu lieu, sur les droits et la façon de les faire valoir (par exemple : à qui et comment s'adresser par rapport à certaines situations déplaisantes ou des services non reçus). Il est intéressant de noter des différences de discours entre les résidentes vivant en CHSLD depuis plusieurs années et les nouvelles. Les plus anciennes ont partagé davantage leurs stratégies d'adaptation, tandis que les nouvelles, possiblement parce que moins familières avec les « règles » de l'institution (Goffman, 1968), ou parce que l'accueil et l'intégration sont déficients, étaient plus promptes à revendiquer et faire valoir leurs droits. À cet égard, se peut-il qu'avec les années, les résidentes ne croient plus au potentiel de changement de l'institution et « font avec », ou que la force de l'institution maintienne l'équilibre du système existant par réaction négative (ces éléments seront explorés subséquemment)? Par ailleurs, la force du groupe et la confiance développée par mon accompagnement a rendu les participantes plus enclines à faire certaines demandes au milieu de vie, tel qu'il sera discuté à la section 5.3.

Que retenir de l'expérience de groupe au niveau des effets de l'intervention sur le mieux-être des participantes? Il apparaît que l'horti-thérapie a offert une réponse aux trois « plaies » communes à la vie en milieu institutionnel, soit l'ennui, la solitude et l'impuissance ou le manque de but (Gawande, 2014, p. 116). À travers ses axes d'intervention (Haller et Kramer, 2006) et les dynamiques d'aide mutuelle (Steinberg,

2008), les activités d'horti-thérapie de groupe ont agi positivement sur l'humeur des participantes, leur enthousiasme, leur estime, leur acceptation, leur adaptation et leur satisfaction, soit les composantes du mieux-être émotionnel tel que décrit par Keyes (2007). Les rencontres ont favorisé le partage d'un vécu commun, l'expérimentation de nouvelles façons d'être et de faire, l'apprentissage, le soutien et l'expression de la voix des résidentes (Gascon, 2018). Cette méthode d'intervention alternative (groupe d'horti-thérapie) semble donc appropriée pour le travail social en CHSLD, du moins avec la population ayant des pertes d'autonomie physique. Voyons maintenant si les effets de l'horti-thérapie sur le mieux-être émotionnel ont été similaires en intervention individuelle.

5.1.2 Le mieux-être émotionnel des participantes en individuel

Tel que mentionné à la section 4.2.4.2, l'horti-thérapie a été utilisée en individuel de différentes façons. J'ai rencontré individuellement certaines participantes du groupe présentant plus de difficultés d'adaptation au milieu de vie et d'acceptation de leurs pertes d'autonomie physique (Madame B et D). Pour ces rencontres, l'horti-thérapie aura servi de levier au travail en individuel en faisant le pont entre les interventions (du groupe vers l'individuel). Par exemple, l'horti-thérapie avait préalablement servi à établir la relation de confiance et à identifier les besoins et objectifs d'intervention. L'axe d'intervention du processus a aussi été mobilisé comme soutien à la démarche, entre autres par l'utilisation du symbolisme (par exemple, prendre soin de soi comme on prend soin de sa plante). Des interventions individuelles ont aussi eu lieu avec des résidentes ne participant pas au groupe d'horti-thérapie. Voici deux exemples permettant d'illustrer et d'analyser ces interventions davantage, d'abord Monsieur G et, de façon plus approfondie, l'étude de cas de Madame F.

Des interventions individuelles ont eu lieu avec Monsieur G, référé parce qu'il exprimait des idées suicidaires suite à son arrivée en CHSLD. Monsieur est âgé de 59 ans, travaillait comme agent de sécurité, et a fait un AVC à l'automne 2017, le

laissant paralysé du côté gauche. Sa passion est la musique, qui lui permettait « de s'extérioriser », mais qu'il ne peut plus jouer depuis son accident. Il est homosexuel et célibataire. Son réseau social est limité en dehors de ses trois sœurs, qui viennent le visiter régulièrement. Au moment des rencontres, ses besoins se situaient prioritairement au niveau du mieux-être, notamment les dimensions du sens et de la capacité d'acceptation et d'adaptation. Avec Monsieur G, l'horti-thérapie aura été très utile pour la prise de contact et désamorcer la méfiance (par exemple par le partage d'expériences et de souvenirs en lien avec le jardinage), puis une intervention de travail social plus traditionnelle a été utilisée pour les suivis.

Les exemples précédents illustrent l'importance que le travailleur social en CHSLD ait les ressources afin de réaliser des interventions psychosociales en individuel, en termes de temps et d'outils d'intervention. À cet effet, les interactions positives selon Kitwood et l'horti-thérapie se sont avérées utiles, la première comme posture à développer en tant qu'intervenant et la seconde comme outil complémentaire à l'intervention de travail social traditionnel. Les attitudes de reconnaissance, négociation, collaboration, validation et facilitation (Mitchell et Agnelli, 2015, voir tableau 3.2) ont semblé permettre le développement d'une alliance thérapeutique en individuel et aider au processus d'intervention. L'axe d'intervention du processus qu'offre l'horti-thérapie a été particulièrement pertinent. Dans les cas précédents, le matériel horticole et la nature ont été utilisés comme métaphore ou comme brise-glace, permettant aux personnes de s'abandonner et se confier et agissant comme médium non-traditionnel pour ouvrir des portes en intervention (Louv, 2011). Par ailleurs, l'horti-thérapie peut aussi être utilisée plus formellement comme méthode pour réaliser l'intervention individuelle, dont en voici un exemple.

5.1.2.1 Étude de cas : Madame F

Durant la période du stage, plus précisément à l'hiver et au printemps, six séances d'horti-thérapie en individuel ont eu lieu avec Madame F. Âgée de 86 ans, Madame F vit au CHSLD Robert-Cliche depuis 2 ans. Elle est atteinte de démence vasculaire suite à un AVC. Elle a déménagé à Robert-Cliche avec son mari, qui lui souffre de la maladie d'Alzheimer. Ils habitent dans des chambres séparées, au même étage, et se côtoient quotidiennement. Madame a deux enfants, un garçon et une fille, qui viennent la visiter à chaque semaine. Elle vit des deuils multiples, notamment par rapport à son mari et par rapport à sa « vie passée » (par exemple : vivre chez elle, pouvoir conduire, être autonome). Durant nos séances, Madame me confie : « j'aimais ma relation avec mon mari, mais là il n'est plus la même personne... je trouve ça dur, on a vécu ensemble 60 ans, et maintenant il [ne] me reconnaît pas toujours ». Madame est préoccupée et veut continuer à prendre soin de son mari, mais semble prise dans des pensées circulaires et associe tout à cette expérience. Elle semble anxieuse et déprimée; elle pleure plusieurs fois par jour (et beaucoup durant la première rencontre). Par ailleurs, Madame fait de l'arthrose aux hanches et prend une chaise roulante pour se déplacer. Elle fait de la physio une fois par semaine et a aussi une canne, mais partage qu'elle « [se] le fait dire » par les préposées quand elle décide de la choisir au lieu de sa chaise roulante. Elle dit qu'elle se sent « limitée, surveillée et infantilisée » et « brimée dans [ses] libertés ». Elle ne comprend pas toutes les règles de l'établissement. Par exemple, elle ne saisit pas pourquoi elle ne peut pas barrer sa porte lorsqu'elle dort, ou bien avoir un fer à friser pour se coiffer, ou des aiguilles pour tricoter. Elle participe aux activités de loisirs pour se changer les idées. Elle affirme qu'il n'y a « pas grand-chose à faire ici » et vouloir se sentir « utile ».

L'évaluation du fonctionnement social a permis de préciser des objectifs d'intervention à différents niveaux écosystémiques en lien avec les objectifs présentés au tableau 4.2.2, notamment en ce qui a trait au mieux-être émotionnel et à la

participation sociale. En effet, Madame exprime principalement des difficultés d'adaptation et d'acceptation de sa réalité, et une quête de sens et d'utilité. Les séances d'horti-thérapie ont donc été orientées selon ces objectifs en situant les axes d'intervention sur le processus et le produit. Les premières activités se sont déroulées dans sa chambre et avaient comme intention, d'abord, un travail au niveau personnel afin d'apprendre à prendre soin de soi. Madame a d'ailleurs exprimé que :

Jouer dans la terre, ça fait du bien! C'est thérapeutique. Pendant que je suis avec les plantes, je ne pense pas à mon mari. C'est du temps pour moi et ça me fait du bien. Après ça, quand je me sens prise de nostalgie, je vais les regarde pousser, je leur parle... Je m'en occupe à chaque jour. Elles me tiennent compagnie, et puis ça rend ma chambre plus vivante!

Elle a d'ailleurs noté pleurer beaucoup moins, déjà après la première séance d'horti-thérapie. Ces effets sont cohérents avec la stimulation (stimulation par les sens) mentionnée par Kitwood (Mitchell et Agnelli, 2015) et le principe de biophilie qui sous-tend l'intervention par l'horti-thérapie. Des études démontrent qu'une exposition à la nature amène des bienfaits substantiels au niveau de la santé mentale et du mieux-être psychologique et émotionnel, en améliorant l'humeur et l'estime de soi, tout en réduisant les sentiments de colère, de confusion, de dépression et de tension (Barton *et al.*, 2009). En stimulant l'engagement et les affects positifs, l'horti-thérapie semble être une activité prometteuse pour les personnes en institution et pour qui fournir des activités significatives pouvant avoir des effets au niveau de la connexion à soi et aux autres et de l'apaisement peut représenter un défi (Gigliotti *et al.*, 2004). Les résultats observés avec Madame F vont dans le sens de la littérature. Plusieurs auteurs suggèrent la pertinence et le potentiel de l'horti-thérapie en CHSLD, et la capacité de l'intervention à être transposée et utilisée notamment avec la population ayant des déficits cognitifs, par exemple même lorsque le langage n'est plus accessible ou que la capacité d'entrer en relation apparaît limitée (Corin *et al.*, 2011, Shoemaker *et al.*, 2009).

L'intervention avec Madame F ne s'est pas limitée à l'ontosystème, mais a cherché à travailler au niveau du micro et du mésosystème, c'est-à-dire au niveau de ses interactions avec le milieu. Par ma posture d'intervention (approche centrée sur la personne de Kitwood, voir section 3.2), l'intention était entre autres de transformer les dynamiques d'infantilisation et d'invalidation, en travaillant la reconnaissance et la facilitation (auto-détermination). Un autre objectif était en lien avec le sentiment de contribution, et le travail s'est fait au niveau des perceptions des capacités résiduelles. Après quelques semaines d'horti-thérapie avec Madame dans sa chambre, nous nous sommes entendus (avec Madame et les préposées en charge) pour qu'elle puisse avoir la responsabilité d'arroser les plantes de son étage (activité qu'elle continue de faire de façon hebdomadaire avec l'aide d'une bénévoles). Madame dit que cette tâche lui fait réaliser qu'elle est encore « capable de faire quelque chose d'utile ». L'activité contribue au sentiment de fierté, de confiance, de sens, d'appartenance et d'utilité de Madame, tout en transformant sa perception (et celle du personnel) sur ses capacités résiduelles.

À la lumière de ces expériences, il apparaît que l'horti-thérapie revêt un potentiel en CHSLD pour intervenir en groupe et individuellement au niveau de certaines difficultés partagées par plusieurs résidentes. Les activités horticoles ont eu en soi, et de façon symbolique, des effets sur le mieux-être émotionnel, par exemple au niveau de l'humeur, des processus de deuil, de l'acceptation des nouvelles réalités (comme les pertes d'autonomie), de l'adaptation au milieu de vie et de la satisfaction. Bien que dans le cas de ce stage, les participantes au groupe et en individuel étaient en mesure de communiquer verbalement, les effets observés, cohérents avec la littérature, permettent de suggérer l'utilisation de l'horti-thérapie avec les résidentes atteintes de pertes cognitives plus sévères, afin d'entrer en contact notamment par la stimulation (stimulation par les sens). Par ses différents axes d'intervention (comme le processus et le produit), l'horti-thérapie a permis non seulement un travail personnel

au niveau du mieux-être émotionnel, mais une participation sociale soutenant un sentiment d'estime, de satisfaction et d'utilité (discuté en 5.3). L'action permet de reconnaître et soutenir les capacités résiduelles. Par ailleurs, il est important que l'intervention individuelle soit comprise par le milieu, pour qu'elle puisse être intégrée et non pas fragmentée et incohérente avec le reste des interactions. Ainsi, l'approche centrée sur la personne m'apparaît essentielle à valoriser et préconiser en CHSLD, pour connaître les résidentes, leurs vécus et leurs besoins, pour reconnaître leurs libertés et leurs choix (sentiment d'être écoutées et considérées) et pour être en mesure de personnaliser et d'adapter les interventions en conséquence. Il serait intéressant de répéter l'intervention (individuelle) avec d'autres résidentes ayant des pertes cognitives afin d'analyser les résultats avec cette population.

5.2 Les effets de l'horti-thérapie sur le fonctionnement psychosocial

Le deuxième objectif d'intervention (tableau 4.2.2) se situait au niveau du fonctionnement psychosocial, décliné principalement en termes de socialisation et du sentiment d'appartenance. Cette section s'intéressera donc aux effets de l'intervention avec l'horti-thérapie sur les interactions entre les participantes au groupe (les interactions avec le milieu feront partie de l'analyse en 5.3). Tel qu'il a été mentionné, la théorie de la sélectivité socio-émotionnelle indique un besoin particulièrement important, chez les personnes âgées, de relations significatives, que les milieux institutionnels peinent à combler (Gawande, 2014). Les participantes au groupe d'horti-thérapie ont d'ailleurs toutes partagées un manque par rapport à ce besoin (voir annexe B). Voyons les effets que le groupe d'horti-thérapie, qui pourrait être qualifié de groupe de socialisation de type participation selon la typologie de Turcotte et Lindsay (2008), a eus comme soutien au fonctionnement psychosocial des participantes.

5.2.1 Les interactions significatives par le groupe de socialisation de type participation

Comme il a été décrit au chapitre 4, des besoins se sont fait sentir dans le milieu parmi la population avec peu ou pas de pertes cognitives. Ces résidentes sont minoritaires en CHSLD (Charpentier *et al.*, 2010; MSSS, 2003) et vivent certains processus d'exclusion et de désaffiliation. Malgré l'ennui et la solitude, et un besoin de créer et d'entretenir des interactions significatives (Gawande, 2014), beaucoup s'isolent davantage et ne sortent pratiquement plus de leur chambre, abdiquant devant le manque d'opportunités d'échanger avec des pairs. Par exemple, Madame C affirme :

J'ai eu un choc en arrivant ici. Les autres sont "malades" [en se référant à la démence/Alzheimer]... je ne connaissais pas ça, moi. Avant j'allais dîner à la cafétéria...je voulais jaser, mais elles sont rares les personnes avec qui on peut parler. Et puis je me trouvais à devoir aider mes voisines de table à manger. Je voulais aider, mais à cause de ma condition [physique], j'y arrivais pas. Maintenant je préfère manger dans ma chambre.

Ainsi, dans le cadre de mon stage, j'ai désiré faciliter les rencontres et les échanges en regroupant des résidentes ayant un profil similaire par l'entremise de l'horti-thérapie, à travers un groupe de socialisation de type participation. Tel que décrit par Turcotte et Lindsay (2008), ce type de groupe s'adresse aux personnes ayant des besoins relationnels (aspects de socialisation qui sont traités dans cette section) et qui manifestent aussi un besoin de participation à leur milieu adaptée à leurs capacités résiduelles (dont il sera question à la section 5.3).

Les participantes ne se connaissaient pas avant de se rencontrer dans le groupe, même si certaines habitent à Robert-Cliche depuis quelques années (dont certaines sur le même étage). Certaines se reconnaissaient, comme elles participent régulièrement aux activités de loisirs, mais n'étaient jamais réellement entrées en relation (comme

Madame B et C). Les séances ont donc servi à créer du lien social entre les résidentes, lequel s'est développé à travers le temps conformément aux stades de développement décrits par Schiller (Turcotte et Lindsay, 2008, p. 58) : la préaffiliation/confiance, l'approfondissement des relations, la mutualité et l'empathie, la confrontation et le changement et la séparation (les trois derniers stades ont été décrits à la section 5.1.1). Au départ, les participantes étaient plus réservées et timides, ce qui se manifestait par les thèmes abordés et la place plus importante que j'occupais comme intervenant dans l'introduction des échanges. Puis, une fois la confiance établie, manifestement aidé par l'environnement sécuritaire, la taille réduite du groupe (Turcotte et Lindsay, 2008) et ma posture inspirée de l'approche centrée sur la personne de Kitwood (Mitchell et Agnelli, 2015), le degré d'intimité et le nombre d'interactions ont augmenté. Celles-ci sont aussi devenues spontanées, ne devant être facilitées que pour s'assurer de l'inclusion de toutes les participantes aux conversations (éviter que certaines participantes deviennent spectatrices de conversations à deux). Madame E était d'ailleurs une alliée à cet effet, en relançant les conversations à l'ensemble des participantes (notamment à Madame A et D ayant plus de difficultés à s'exprimer). Le groupe d'horti-thérapie offrait donc un environnement favorable soutenant les liens socio-affectifs et stimulant l'émergence de divers processus groupaux dont les dynamiques d'aide mutuelle analysées précédemment.

Les relations développées au sein du groupe étaient significatives pour les participantes. En effet, les participantes se sont rapidement préoccupées des autres et s'informaient de celles qui n'étaient pas présentes. Les liens ont aussi dépassé les séances d'horti-thérapie et des interactions ont été notées à l'extérieur du groupe. Des participantes (Madame B et C) ont commencé à s'asseoir ensemble durant les activités de loisirs. Des préposées ont aussi remarqué que certaines résidentes prenaient des nouvelles des autres participantes et cherchaient à se côtoyer à l'extérieur du groupe, comme Madame D qui, avec l'aide des amies qui la visitaient, montait à l'étage de Madame A pour la saluer. Des changements d'attitude ont aussi

été notés. Le meilleur exemple est Madame D qui avait tendance à s'isoler dans sa chambre. Après quelques mois, elle a commencé à sortir à l'occasion pour manger à la cafétéria et s'est montrée ouverte à participer à quelques activités de loisirs, disant que « ça [lui] faisait tout de même du bien de voir d'autres personnes ».

Ainsi, il apparaît que le groupe d'horti-thérapie a pu soutenir le fonctionnement psychosocial des participantes, tel qu'observé par la quantité et la qualité des interactions qui se sont développées et le sentiment d'appartenance exprimé. L'axe d'intervention de la socialisation a été utile pour offrir aux résidentes un lieu de rencontre permettant de communiquer, de tisser des liens et de briser l'isolement et le sentiment de solitude (Haller et Kramer, 2006; Turcotte et Lindsay, 2008). Au niveau du groupe, il importe de réaffirmer la distinction entre les activités de groupe organisées en CHSLD – qui, bien qu'elles puissent avoir certains effets thérapeutiques, sont largement de nature occupationnelle et récréative et ne favorisent pas nécessairement les interactions entre résidentes – et une intervention de groupe. Comme l'indique Gascon :

Nous vivons actuellement une prolifération [d'activités] utilisant le groupe dans nos différents milieux qui ont parfois peu à voir avec ce que nous discutons ici. [...] Le groupe [est] un lieu d'appropriation de pouvoir. Un lieu où les forces et l'expérience des membres sont valorisées et utiles pour les autres, où des objectifs individuels rallient des enjeux collectifs. C'est une méthode d'intervention qui permet d'incarner des valeurs fondamentales du travail social comme la démocratie, l'aide mutuelle, l'inclusion, la coopération, l'égalité (2018).

Les effets de l'intervention d'horti-thérapie tels que décrits précédemment réaffirment l'importance de repenser les activités de loisirs selon certains principes de l'approche milieu de vie et même des nouvelles perspectives de loisirs en CHSLD, qui recommandent des interventions plus personnalisées et de petits groupes afin de soutenir les besoins psychosociaux des résidentes notamment en termes de socialisation (Hallé, 2014).

Pour conclure cette section, certains facteurs écosystémiques facilitant (ou contraignant) la socialisation et le sentiment d'appartenance en CHSLD doivent être considérés dans l'intervention, et soulèvent certaines questions. Par exemple, qu'est-ce qui explique que certaines résidentes, bien que vivant au CHSLD depuis quelques années, ne s'étaient jamais croisées? Le degré de dépendance des résidentes quant à leur déplacement et la disponibilité des soins (par exemple être levée, lavée, habillée et déplacée dans son fauteuil) l'explique en partie. Cela réduit la possibilité de rencontres spontanées dans le milieu et limite la participation à des activités (d'ailleurs, Madame A a manqué plusieurs rencontres de groupe pour cette raison). L'environnement physique place aussi une barrière aux interactions. L'utilisation des ascenseurs nécessite un code, les aires communes de chaque étage ne sont utilisées, par habitude ou par design, que pour les repas, et les résidentes habitent sur plusieurs étages, lesquels sont divisés en ailes. Des résidences construites différemment (selon un modèle moins institutionnel/hospitalier) permettraient-elles un meilleur soutien au fonctionnement psychosocial? Des expériences semblent indiquer que de plus petites résidences (ou unités, par exemple de 20 personnes ou moins), construites sur un étage et de façon circulaire (avec les aires communes au centre et les chambres autour) stimulent la socialisation et le sentiment d'appartenance, et favorisent une approche centrée sur la personne et des interactions positives, venant par le fait même contribuer au mieux-être des résidentes (Gawande, 2014, p. 129). Malgré les limites des modifications pouvant être apportés aux environnements existants, les façons de faire et attitudes peuvent tout de même faciliter des changements positifs à l'intérieur des milieux institutionnels pour personnes âgées (Gawande, 2014; Mitchell et Agnelli, 2015). À Robert-Cliche, la présente culture organisationnelle n'incite pas les résidentes à se rendre visite dans leur chambre, et ne semble pas non plus mettre en contact les résidentes ayant des profils similaires. Pour reprendre le langage employé par les participantes, si elles avaient côtoyé d'autres personnes « comme elles » (sans déficits cognitifs), se seraient-elles autant repliées sur elles-mêmes, dans leur chambre? Ainsi, malgré les effets positifs de l'intervention en termes de socialisation,

ces constats (voire ces limites) sèment des doutes quant au maintien des relations significatives qui se sont établies maintenant que le stage est terminé. Ces observations sont aussi étroitement liées à la possibilité, pour les résidentes, de s'approprier leur milieu de vie, et seront maintenant développées davantage.

5.3 Les effets de l'horti-thérapie sur le microsystème

Cette dernière section s'intéresse au troisième objectif de l'intervention, soit l'appropriation du milieu par ses acteurs. À l'aide d'une analyse écosystémique, les effets de l'intervention sur le milieu seront discutés. Il importe de rappeler que les potentialités et contraintes présentées dans cette section ont eu une influence sur l'expression du mieux-être émotionnel et le soutien au fonctionnement psychosocial des participantes, dont certains points ont déjà été soulevés aux sections 5.1 et 5.2. Ceci dit, les potentialités de l'horti-thérapie comme vecteur d'appropriation du milieu de vie seront amenées en parallèle avec certaines contraintes organisationnelles et institutionnelles limitant l'intervention.

5.3.1 L'horti-thérapie pour s'approprier le milieu de vie

L'appropriation du milieu de vie par les participantes au groupe d'horti-thérapie s'est actualisée notamment au moyen de leur participation sociale. Rappelons que, selon la typologie de Levasseur *et al.* (2010), la participation sociale est définie selon ces 6 niveaux : se préparer à une rencontre, être avec d'autres, interagir avec d'autres sans activité spécifique, faire une activité avec d'autres, aider les autres et contribuer à la société. Il apparaît que l'utilisation d'une intervention alternative, innovante et efficace (Levasseur et Raymond, 2013), soit l'horti-thérapie, a permis d'accéder à tous les niveaux de ce continuum. En effet, tel que discuté précédemment, le groupe

d'horti-thérapie, facilité selon une perspective de travail social et une approche centrée sur la personne, a permis aux résidentes de se retrouver autour d'une activité et a stimulé des interactions significatives et des processus d'aide mutuelle. À cela s'ajoute la participation sociale par la mobilisation des axes d'intervention du produit et de l'interaction avec l'environnement (Haller et Kramer, 2006). Les tâches se sont révélées très importantes pour les participantes au niveau de la reconnaissance des capacités résiduelles, du sentiment d'utilité, de la fierté et de la satisfaction de pouvoir contribuer en offrant des plantes (entretenues par elles-mêmes) à leur famille et au milieu. D'ailleurs, soulignons que la vente de semis était une première expérience, à Robert-Cliche, où les résidentes s'organisaient pour vendre quelque chose qu'elles avaient produit. Cette vente a même élargi le microsystème des participantes, du CHSLD vers la communauté. En effet, des publicités ont attiré des voisins et des jardiniers du jardin communautaire adjacent, permettant des interactions entre les citoyens du quartier et les résidentes du CHSLD (qui ne se rencontrent pas habituellement). Cet événement a contribué à briser l'isolement et a favorisé un sentiment de contribution sociale pour les participantes, ce qui gagnerait à être exploité davantage dans ce type de milieu.

L'intervention, combinant le travail social de groupe à une approche alternative d'horti-thérapie, a donc non seulement eu de nombreux effets au niveau des besoins observés en termes d'adaptation, de briser l'isolement, d'interactions significatives et d'appartenance, mais aussi en matière de participation sociale. La figure qui suit illustre certains des effets psychosociaux de l'intervention susmentionnés. Elle peut sembler anodine, mais n'est pas chose commune en CHSLD. La photo montre deux participantes, maintenant amies, discutant de façon informelle en attendant de servir les premiers clients lors de la vente finale des semis qu'elles avaient produits.



Figure 5.3.1 Socialisation et participation sociale⁵

Le matériel horticole a aussi transformé le milieu de vie à l'interne. Les plantes étaient entreposées dans la salle communautaire, à la vue des résidentes et employées durant les autres activités s'y déroulant. Tel que décrit à la section 4.2.4.3, ceci a induit des réactions de la part d'autres résidentes (connexion à l'autre par la curiosité soulevée, moments d'éveil, partage de souvenirs, catharsis, expression d'émotions, interactions et apaisement). Certaines employées ont aussi été très intéressées par l'activité. Plusieurs membres du personnel, durant leurs pauses, venaient voir comment poussaient les plantes. L'horti-thérapie a d'ailleurs encouragé davantage d'interactions entre les résidentes et les préposées, interactions qui n'étaient pas centrées sur les soins de santé. D'un côté, les participantes parlaient de l'activité et, de l'autre, les préposées s'en informaient. Les résidentes ont aussi offert des boutures au personnel en cadeau de Noël, et plusieurs employées ont acheté des semis lors de la vente au printemps.

Tous ces exemples illustrent les principes écosystémiques selon lesquels les systèmes sont en interactions. Les résidentes (ontosystème) ne font pas que subir, leurs changements influencent aussi les autres systèmes (Bronfenbrenner, 1979; Drolet, 2013). Voici d'autres exemples de retombées de l'intervention sur le milieu. Les

⁵ Les participantes ont donné leur consentement pour la diffusion de cette image.

effets positifs de l'intervention d'horti-thérapie ont convaincu l'animatrice en loisirs à conserver l'activité pour l'été, afin que les résidentes puissent encore se réunir autour du jardinage. De plus, l'intervenant en soins spirituels a observé le potentiel du groupe de socialisation pour le partage d'expériences et les effets sur le mieux-être des résidentes. Il désire reproduire des petits groupes en utilisant des thèmes propres à son champ d'expertise.

Finalement, l'approche centrée sur la personne de Kitwood a donné un exemple d'une façon d'être et de faire différente. Les interactions positives ont été perçues par certaines employées, notamment la reconnaissance, la négociation, la célébration, la relaxation, la validation et la facilitation (voir tableau 3.2). Certaines préposées et bénévoles m'ont partagé avoir été conscientisées aux attitudes et comportements teintés d'infantilisation, de non-respect ou de non reconnaissance des résidentes, et porter maintenant davantage attention à leurs paroles et gestes afin d'interagir différemment. Le contexte institutionnel du CHSLD demeure porteur de certaines croyances alimentant l'âgisme et des pratiques discriminatoires, mais l'intervention menée dans ce stage semble avoir permis à certaines de mieux saisir l'assise conceptuelle de l'approche milieu de vie. À cet effet, mes observations corroborent les recommandations de Ndjepel (2014) au niveau de l'importance et la pertinence de former tous les acteurs en relation avec les résidentes (personnel, familles, bénévoles) à l'approche milieu de vie. L'approche centrée sur la personne de Kitwood (Mitchell et Agnelli, 2015) semble être une façon concrète de l'actualiser au quotidien. Par ailleurs, l'âgisme et l'attitude des employées ne sont pas que les seuls freins à l'approche milieu de vie. Les interactions positives requièrent du temps et les employées elles-mêmes constatent des problèmes à d'autres niveaux systémiques, par exemple le roulement au niveau du personnel et le manque de ressources (humaines et financières). Les employées sont débordées, ce qui les empêche de prendre le temps de développer une relation de proximité et de confiance avec les résidentes et les interactions demeurent « transactionnels » (les services sont offerts). La

contribution des employées à une approche de loisir personnalisée (Hallé, 2014, 2016) est donc limitée dans le contexte de nouvelle gestion publique. Ainsi, avant de pouvoir parler de milieu de vie, des efforts doivent être mis pour changer la culture organisationnelle et des investissements doivent être consentis pour soutenir le personnel dans l'actualisation des approches promulguées.

5.3.2 Les contraintes organisationnelles

Jusqu'à maintenant, j'ai principalement analysé les effets positifs de l'intervention au niveau des objectifs de mieux-être émotionnel, de fonctionnement psychosocial et d'appropriation du milieu. Dans cette section, j'examinerai davantage certaines contraintes rencontrées essentiellement au niveau environnemental, c'est-à-dire les limites que l'intervention a connues pour apporter des changements dans le milieu. Tel qu'indiqué à la section 3.3, ceci pourrait être décrit en termes de résilience, c'est-à-dire la capacité d'adaptation d'une personne (Cyrulnik, 2017). Cette capacité ne relève pas que des caractéristiques individuelles (ontosystème). Comme le précise Fougeyrollas, elle est influencée de façon écosystémique par les interactions, les milieux de vie, les valeurs, les politiques sociales, etc (1993). Bref, il est possible de faciliter la résilience individuelle en intervenant sur le social et l'environnement, c'est-à-dire en mettant en place des dispositifs et des ressources soutenant la personne dans ses processus (Drolet, 2013). Les CHSDL sont-ils des milieux résilients? Les CHSLD peuvent-ils adapter leurs pratiques afin de créer un milieu de vie épanouissant pour les résidentes et qui soutiendrait leurs besoins psychosociaux? Cette section vient s'intéresser aux effets de l'intervention à cet égard.

Tel que mentionné précédemment, le groupe d'horti-thérapie a fait émergé plusieurs thèmes au fur et à mesure des rencontres et de l'approfondissement des discussions. D'une certaine façon, les participantes se sont faites porteuses de la voix de l'ensemble des résidentes au niveau des réalités de la vie en CHSLD, par exemple au

niveau des difficultés d'adaptation, de la considération et du besoin de contribution. Le groupe est donc devenu une opportunité d'approfondir l'évaluation des besoins. Par l'écoute des besoins exprimés, il s'agissait alors d'intervenir non seulement avec les participantes, mais avec le milieu afin d'y répondre – intervention typique du travail social. Cette façon de procéder démontre d'ailleurs la pertinence d'avoir plus de ressources (humaines, temps) pour pouvoir redonner son essence au travail social en CHSLD.

Durant les derniers mois de stage, j'ai tenté des interventions afin de soutenir l'extériorité du groupe. L'incident critique suivant permettra d'illustrer la rigidité de la structure et la difficulté de transcender l'intervention individuelle pour travailler l'extériorité du groupe vers une résilience environnementale.

5.3.2.1 Incident critique : production de germinations pour la cuisine

Une activité du groupe d'horti-thérapie a été la production de germinations (pousses comestibles). Certaines participantes connaissaient la luzerne, que nous avons fait pousser avec le trèfle, le fenugrec, la moutarde et le tournesol. Elles ont aimé observer la croissance rapide des pousses et ont été très satisfaites en y goûtant. Madame E a suggéré d'en produire pour la cuisine et toutes les autres participantes ont approuvé la suggestion. Elles m'ont mandaté afin de les représenter pour proposer l'idée à une rencontre avec la responsable de la cuisine qui avait lieu la semaine suivante, ce que j'ai fait (en lien avec le rôle d'*advocacy* du travail social). Lors de cette rencontre, on m'a affirmé trouver l'idée excellente, très en lien avec l'approche milieu de vie et une bonne façon de faire participer les résidentes socialement. Cependant, le projet a été refusé pour des raisons d'ordre logistique, sanitaire et de gestion du risque. Même si les résidentes se seraient occupées de la production des pousses, on ne voulait pas ajouter une tâche extra au personnel de la cuisine qui s'adaptait déjà à l'implantation du nouveau menu. De plus, la nourriture qui entre/sort

de la cuisine est contrôlé et la production de germinations sur place par les résidentes semblait présenter, pour les responsables, un risque au niveau de l'hygiène et de la transmission de maladies. Ma position de stagiaire ne m'a pas permis de continuer les démarches et d'explorer d'autres possibilités, les procédures étant aussi relativement lentes.

Ainsi, malgré la reconnaissance par le milieu des besoins psychosociaux des résidentes et du potentiel de l'intervention, ce projet n'a pas pu être mis en place. Comme dans cet exemple, l'agentivité des résidentes et leur appropriation du milieu sont souvent freinées en CHSLD (Ndjapel, 2014). Cette résistance au changement est typique des institutions (Goffman, 1968). Les structures bien établies et rigides se transforment difficilement, ce qui se répercute chez les résidentes (et le personnel) par la conformité, la désillusion et la disparition d'initiatives alternatives. Tout comme David contre Goliath, « faire autrement » devient une tâche ardue. Le manque de résilience environnementale amène une certaine « responsabilisation » des acteurs, tout en contraignant l'intervention au niveau individuel et social. Dit autrement, le système se maintient dans un état stable en inhibant, par rétroaction négative, les actions qui viendraient perturber son équilibre (Healy, 2014). Payne constate cette dynamique dans les milieux de vie institutionnels :

The relatively closed and self-regulating aspect of residential [care] institutions has the advantages of offering security to residents; however, rather than exploring and trying to understand what is going on so that people can develop their skills and capacities to live their lives more effectively, practitioners and residents often focus on controlling events. They do this by establishing norms [...]. In this way, residential units try to establish homeostasis or a balance, which enables them to manage external events and any other factors that may upset their smooth running, rather than create a steady state that allows them to incorporate change (2016, p. 200).

Cet incident critique est éloquent, mais d'autres exemples plus subtils observés tout au long de l'intervention démontrent la tendance du milieu à offrir peu de résilience

environnementale. Le manque de ressources et la nouvelle gestion publique limitent les marges de manœuvre des employées à dépasser le cadre de prestation des soins de santé (St-Amour *et al.*, 2017). Tel que mentionné précédemment, l'actualisation de l'approche milieu de vie, par exemple en faisant participer les préposées à l'animation-loisirs, devient impossible lorsque les employées sont en nombre insuffisant, qu'aucune formation n'est offerte par rapport à l'approche et que des lignes directrices claires – par exemple par rapport à l'importance d'adopter une posture d'intervention centrée sur la personne – ne sont pas établies (Aubry *et al.*, 2018; Ndjapel, 2014). Pour ce qui est de la travailleuse sociale, elle n'est présente que deux jours/semaine. Elle n'a pas le temps de connaître les résidentes ni de procéder à une évaluation écosystémique exhaustive des besoins afin de les entendre, de récupérer les thèmes émergents et de mettre en place des dispositifs spécifiques pouvant y répondre, comme ce fut le cas dans mon intervention. Le travail en interdisciplinarité reste à un niveau superficiel et l'élaboration d'interventions psychosociales alternatives est inexistante, ce qui se manifeste, tel que mentionné précédemment, dans les objectifs « milieu de vie » qui demeurent généraux dans les PII (MSSS, 2009).

Par ailleurs, tel que soulevé précédemment, l'environnement physique est aussi problématique. Au CHSLD Robert-Cliche, les résidentes demeurent sur 3 étages. Malgré l'ouverture des étages, ce qui devrait théoriquement faciliter l'inclusion et permettre aux résidentes de pouvoir se déplacer librement, la majorité des résidentes sont dépendantes de l'aide – et donc de la disponibilité – du personnel dans leurs déplacements à cause des pertes d'autonomie physique. Par contre, tel qu'observé au niveau de l'extériorité du groupe, ces réalités affectent les possibilités de rencontres informelles des résidentes qui n'habitent pas au même étage, contribuent aux phénomènes d'exclusion/isolement, et ne permettent pas une appropriation du milieu par ses acteurs.

Malgré quelques plantes d'intérieur, quelques murs peints de différentes couleurs et des décorations thématiques dans les aires communes, le CHSLD demeure une institution à caractère hospitalier et relativement froid (Gawande, 2014). Les chambres peuvent être personnalisées bien qu'il existe certaines règles quant à ce qui est permis de posséder ou non. Ceci met un frein au potentiel d'appropriation du milieu par ses acteurs et limite le sentiment d'appartenance et la notion de « chez soi ». Pourtant, il est démontré que l'aménagement de l'espace et des habitats, de façon saine, sécuritaire et accueillante, joue un rôle important sur le bien-être, la socialisation et la possibilité de participation sociale des aînés (Piché et Lord, 2018). Durant le stage, il a été intéressant de noter que la simple présence, au printemps, des semis dans la salle communautaire a suscité beaucoup d'intérêt et de réactions, tant chez les résidentes que les employées. Des résidentes ne participant pas au groupe d'horti-thérapie ont eu des réactions émotives à la vue des plantes qui poussaient (éveil de souvenirs), et d'autres (résidentes et employées) ont cherché des interactions avec les participantes du groupe.

Finalement, l'analyse démontre plusieurs effets positifs de l'intervention, tant en groupe qu'en individuel, sur le mieux-être émotionnel, le fonctionnement psychosocial et l'appropriation du milieu. Par contre, la rigidité de la structure, les contraintes et résistances à différents niveaux systémiques, la culture organisationnelle accueillant théoriquement l'approche centrée sur la personne de Kitwood mais ayant des difficultés à la mettre en pratique, et le manque de ressources humaines et financières soulèvent des questions quant à la pérennité du projet et de ses effets. Certes, il y a du travail à faire afin de transformer les CHSLD en milieu de vie soutenant l'épanouissement psychosocial des résidentes. Cependant, tel que démontré dans cette analyse, il y a tout de même du potentiel pour « semer quelques graines de changement », notamment par les approches alternatives comme l'horti-thérapie. Ceci me porte à croire que, sans attendre de changer toute la structure (ce

qui ne veut pas dire ne pas se positionner et agir socialement aux niveaux exo et macrosystémiques, mais conjointement et pendant ce temps), le souci de créer des espaces de rencontre vivants, nourrissants et stimulants, dans le respect de l'intégrité des résidentes, a un potentiel certain au niveau du mieux-être émotionnel et du fonctionnement psychosocial des résidentes, tout en contribuant à l'appropriation du milieu par tous les acteurs (Louv, 2011).

5.4 Synthèse et recommandations

Mon expérience de stage démontre l'importance et la pertinence de façons de faire alternatives pour soutenir non seulement l'exercice du travail social en CHSLD, mais l'actualisation de l'approche milieu de vie. Mon projet a démontré le potentiel de l'horti-thérapie, du groupe et de ma posture d'intervention non seulement pour le mieux-être et le fonctionnement psychosocial des participantes, mais pour intervenir sur le milieu de vie jusqu'à un certain point. L'approche milieu de vie est décrite comme une approche centrée sur la personne qui sous-entend de développer une relation de proximité avec les résidentes afin d'orienter toute action selon les besoins particuliers de chacune (Aubry *et al.*, 2018; Ndjepel, 2014). Cette description résume bien toute mon intervention, et l'importance d'adopter une posture inspirée de l'approche centrée sur la personne de Kitwood (Mitchell et Agnelli, 2015). Cette approche m'a personnellement été d'une grande aide durant mon stage et m'a fait grandir comme intervenant, dans mon rapport avec les résidentes, les collègues et le milieu. Par ailleurs, certaines réalités, par exemple au niveau du manque de ressources humaines et financières, permettent difficilement l'utilisation du plein potentiel de ce type d'approches, c'est-à-dire transcender le cadre individuel de l'intervention pour travailler au niveau du soutien offert par le milieu de vie. Par exemple, dans un contexte de nouvelle gestion publique, le travail social en CHSLD

dépasse rarement le travail administratif entourant les admissions et les régimes de protection, même si la description de tâches inclut les interventions psychosociales (ACTS, 2017). Les besoins psychosociaux sont connus et reconnus, mais il semble que l'« effet » de l'institution (Goffman, 1968; Payne, 2016), une politique de gestion du risque, la lourdeur des procédures, la charge de travail des employées, la structure et l'environnement rigide sont quelques-uns des facteurs mettant un frein à l'actualisation de l'approche milieu de vie.

Aux termes de cette expérience d'intervention, mes recommandations vont dans le même sens que Ndjapel (2014), Hallé (2014, 2016) et Levasseur et Raymond (2013), c'est-à-dire favoriser des pratiques alternatives et des petits groupes agissant sur le mieux-être des résidentes et leur permettant d'établir des liens significatifs. À cela s'ajoute l'importance de sensibiliser et de former le personnel à une réelle approche centrée sur la personne, et de promouvoir la participation sociale et l'appropriation du milieu par ses acteurs. La résilience ne se limite pas aux facteurs d'adaptation individuelle et biopsychologique. Afin de pouvoir soutenir les besoins psychosociaux des résidentes en CHSLD, les interventions doivent se penser en interdisciplinarité et de façon écosystémique (Fougeyrollas, 1993) pour amener des changements au niveau du soutien organisationnel, social et environnemental. Comme mon projet le démontre, il ne s'agit pas de transformer l'entièreté de la structure, mais de rendre certains processus un peu plus flexibles (voire « désinstitutionnaliser ») afin de permettre des actions donnant aux résidentes l'opportunité de se réappropriier leur milieu de vie, de contribuer et de se sentir « chez soi ».

Enfin, voici quelques recommandations plus personnelles, tirées de mon expérience et offertes aux étudiant-es qui désirent entreprendre des projets d'intervention en CHSLD. Tel que mentionné, une bonne intégration dans le milieu et une capacité d'adaptation (eh oui, même pour nous!) de la proposition d'intervention en fonction de l'évaluation écosystémique des besoins (des résidentes et du milieu) est nécessaire à la réussite du projet. Des alliances avec des membres du personnel

sont aussi utiles afin, par exemple, de faciliter le recrutement et l'interdisciplinarité. De plus, je recommande d'adopter l'approche centrée sur la personne de Kitwood et d'avoir une démarche d'auto-réflexion après chaque intervention, afin de constater la façon dont elle a été mobilisée (et, par le fait même, déconstruire ses propres préjugés intériorisés). Par ailleurs, il serait intéressant de poursuivre la recherche au niveau des effets d'approches alternatives en individuel. Également, bien que la cible puisse demeurer l'épanouissement psychosocial des résidentes, il serait intéressant de l'explorer de façon indirecte par le biais d'interventions *sur* le milieu (par exemple modifier les façons d'être et de faire des différents acteurs, transformer les environnements physiques) et d'en mesurer les effets.

CONCLUSION

Mon projet de maîtrise avait comme but d'explorer les effets psychosociaux de l'horti-thérapie en CHSLD. Des sous-questions se sont précisées par rapport à la validité d'une telle approche pour le travail social et à la capacité de résilience environnementale du milieu (capacité à soutenir l'épanouissement psychosocial des résidentes). Quel est le bilan de l'intervention? Mon projet de stage a offert au CHSLD Robert-Cliche une méthode d'intervention dite alternative, qu'on pourrait même qualifier d'atypique dans le contexte, bien qu'elle ait suivi les étapes traditionnelles du processus d'intervention. Mon projet corrobore, entre autres, le potentiel de la méthode d'intervention et du travail social en CHSLD passant par une évaluation exhaustive des besoins afin de développer des activités significatives y répondant. En effet, j'ai rassemblé des résidentes ayant exprimé certaines difficultés et des besoins psychosociaux similaires, en partant de ces besoins pour construire une intervention s'adaptant à leur réalité afin de contribuer à leur épanouissement psychosocial, ou « tendre vers mieux ». J'ai proposé une activité d'horti-thérapie qui pourrait s'apparenter aux loisirs, mais dépassant l'occupationnel et le divertissement par l'importance des divers axes d'intervention (Haller et Kramer, 2006) et par ma posture d'intervention inspirée de Kitwood (Mitchell et Agnelli, 2015). La tâche a permis à chacune des participantes de reconnaître ses capacités résiduelles et de soutenir un sentiment de réalisation, d'utilité et de contribution. Le processus a aidé les participantes à exprimer un mieux-être émotionnel, notamment en termes d'adaptation au milieu de vie et d'acceptation des pertes. Les activités d'horti-thérapie auront aussi servi à établir, développer et maintenir la relation thérapeutique entre les participantes et moi, et à créer un climat de confiance entre elles, des relations significatives et un sentiment d'appartenance. L'horti-thérapie est éventuellement devenu un prétexte. Même si les participantes ont fortement apprécié l'activité (elles ont nommé avoir aimé apprendre et être stimulées intellectuellement),

elles ont bénéficié de l'opportunité de pouvoir se retrouver en petit groupe (Hallé, 2014). Elles ont pu partager et collectiviser leurs expériences de vie et certaines difficultés d'adaptation au CHSLD, et ont trouvé de l'écoute dans le groupe (Gascon, 2018). En général, les participantes ont brisé un sentiment de solitude et créé des liens signifiants, et ce malgré toutes les limites organisationnelles inhérentes aux CHSLD qui ont été mentionnées.

Croyant d'abord travailler principalement avec des personnes âgées ayant une démence ou de l'Alzheimer, je ne savais pas jusqu'à quel point l'intervention pourrait dépasser le premier niveau de ce continuum de l'épanouissement tel que défini par Keyes (2007), c'est-à-dire reliant le mieux-être émotionnel, le fonctionnement psychosocial et l'appropriation du milieu de vie. Suite à l'analyse écosystémique des besoins, un groupe s'est finalement formé avec des résidentes présentant peu ou pas de pertes cognitives. Bien que cette population soit « marginale » en CHSLD (de par sa proportion plus faible comparativement à la population avec démence/Alzheimer), j'ai constaté à travers les séances de groupe que les participantes exprimaient des besoins psychosociaux représentatifs du milieu de vie et concernant l'ensemble des résidentes. J'ai été surpris de voir à quel point le groupe, décrit comme un groupe de socialisation de type participation (Turcotte et Lindsay, 2008), a rapidement abordé des thèmes complexes (mais communs) et fait émerger des dynamiques d'aide mutuelle (Steinberg, 2008). Il ne s'agissait donc pas de faire de l'individuel en groupe à travers l'horti-thérapie, mais d'un véritable processus de groupe dans une compréhension écosystémique de la résilience (Perkins, 2014; Cyrulnik, 2017). Celle-ci reconnaît l'influence des trajectoires de vie singulières au niveau de la capacité d'adaptation, mais considère aussi l'importance de traiter les facteurs sociaux et environnementaux. Mon travail a donc aussi été de voir comment certains des thèmes pouvaient être récupérés, et comment certains besoins mentionnés par le groupe pouvaient être soutenus par le milieu. Ce changement de paradigme, d'une intervention individuelle (qui devient rapidement responsabilisant pour les résidentes)

à une action ciblant le milieu, n'est pas chose facile dans un contexte institutionnel. C'est d'ailleurs à ce niveau que la plupart des contraintes ont été rencontrées.

Les CHSLD ont été développés selon un modèle hospitalier et institutionnel, et ont été conçus principalement pour veiller à la santé et la sécurité des résidentes (Gawande, 2014). Le vieillissement y est médicalisé, et les facteurs humains et sociaux, qui demeurent importants peu importe le niveau d'autonomie et les capacités résiduelles des résidentes, sont reconnus mais non priorisés. Selon cette hiérarchisation des besoins, les besoins psychosociaux deviennent secondaires. Avec la préconisation de l'approche milieu de vie depuis une quinzaine d'années (MSSS, 2003), les CHSLD se retrouvent pris dans une double contrainte : comment soutenir le besoin de sens, de bien-être, de liens sociaux, de valeur de vivre et de contribution sans délaissier la santé, les soins et la sécurité des résidentes? Mon projet a été confronté à cette tension, accentuée par la nouvelle gestion publique et les multiples réformes du système de la santé. En effet, la lourdeur des tâches administratives prend de l'ampleur pour tout le personnel et les ressources humaines et financières manquent (St-Amour, 2017), rendant encore plus difficile la prise en charge des besoins psychosociaux. Malgré la volonté et les intentions de la plupart des employées à collaborer avec l'équipe psychosociale, il n'est pas toujours possible de trouver des accommodements. Concrètement, cela se répercute sur les résidentes qui demeurent dépendantes des services afin, par exemple, d'être prêtes à l'heure pour pouvoir participer aux activités. Durant mon stage, il est arrivé à plusieurs reprises que des participantes ne puissent pas venir au groupe à cause de contraintes logistiques de ce type. Ces aspects rendent aussi l'extériorité du groupe et la continuité du projet précaires, puisqu'elles dépendent ultimement de la prise en charge de l'organisation du projet par les employées. Les lourdes dépendances fonctionnelles permettent difficilement aux résidentes de s'organiser par elles-mêmes, et la motivation de l'équipe à dépasser le cadre de soins devient alors un facteur important du potentiel d'appropriation du milieu de vie par ses acteurs.

Le travail social n'échappe pas à cette réalité. Malgré le mandat des travailleurs sociaux en CHSLD de participer à l'actualisation de l'approche milieu de vie, d'assurer la promotion et la défense des intérêts des résidentes et de leurs familles, de mettre à contribution les forces existantes et d'assurer une qualité de vie optimale (ACTS, 2017), les interventions se restreignent généralement à la gestion des phases d'hébergement et des régimes de protection. La travailleuse sociale de Robert-Cliche n'était présente que 2 jours par semaine et n'avait pas le temps de faire des suivis psychosociaux avec les résidentes, et encore moins de participer avec les autres membres de l'équipe psychosociale au développement d'activités d'intervention, qu'elles soient alternatives ou non. En dépit des PII, le véritable travail interdisciplinaire ancré dans une approche milieu de vie demeure très embryonnaire.

Le CHSLD est une institution qui, par sa culture organisationnelle, les règles formelles et informelles et les dynamiques de pouvoir en présence, restreignent le potentiel des approches alternatives en maintenant le système dans son équilibre existant. La résilience environnementale est limitée, les façons de faire autrement sont contraintes et la conformité est favorisée. Par le fait même, les remises en question et les transformations sont difficiles. Malgré une certaine volonté, la rigidité de la structure empêche l'évolution du rôle des résidentes de receveuses de services à participantes et contributrices. Il faut toutefois reconnaître et souligner l'ouverture du CHSLD Robert-Cliche à mon projet de stage. En dépit de certaines résistances au changement, ce stage aura, je l'espère, contribué à documenter le potentiel de l'hortithérapie en CHSLD et son articulation théorie-pratique. Pour ma part, il m'a certainement motivé à poursuivre le travail (social) avec les personnes âgées et les approches alternatives afin de rendre les milieux de vie épanouissants.

ANNEXE A – GRILLES

Grille d'évaluation du fonctionnement social selon un modèle écosystémique, adapté des normes de l'OTSTCFQ (Boily et Bourque, 2010).

Éléments d'analyse :

- Contexte
 - Demande de service
 - Situation actuelle
 - Besoins de la résidente et de ses proches (réf : PII)
 - Caractéristiques de la personne (ontosystème)
 - Histoire sociale et trajectoire (chronosystème)
 - Forces, compétences et projets (les « capacités résiduelles », selon la posture de Kitwood)
 - Habitudes de vie et santé
 - Caractéristiques de l'environnement
 - Réseaux formel et informel (famille, amis, préposées...)
 - Relations que la résidente entretient avec le milieu
 - Caractéristiques du CHSLD (microsystème)
 - Ressources accessibles (pouvant être mobilisées)
 - Quartier
 - Valeurs et politiques sociales (exo et macrosystème)
- ➔ Analyse des interactions et interinfluences entre les systèmes (mésosystème)

Plan d'intervention

Date : _____

Nom : _____

Besoins (selon l'évaluation) :

Objectifs spécifiques (selon Keyes) :

Mieux-être émotionnel	Fonctionnement psychosocial	Milieu de vie

Axe(s) d'intervention (encercler) :

Produit

Processus

Socialisation

Interaction avec
l'environnementMoyens (activités d'horti-thérapie, individuel-groupe, fréquence, matériel...) :

Réévaluer : _____

Note évolutive

Date : _____

Nom : _____

Description de l'activité d'horti-thérapie :

Observations (selon les objectifs et Keyes) :

Ex : signes au niveau de l'humeur, de l'intérêt, du plaisir, de l'engagement, de l'attitude, de la satisfaction; comportement; capacités résiduelles; nombre et type d'interactions, sentiment de contribution...

Changements observés par d'autres acteurs du milieu (ex : après l'activité, durant la semaine...)?

Auto-réflexion (sur l'intervention, selon les types d'interaction positives de Kitwood) :

Ex : reconnaissance, collaboration, jouer, célébration, validation, porter, faciliter...

Suivi à réaliser :

ANNEXE B – PROFIL DES PARTICIPANTES AU GROUPE D’HORTI- THÉRAPIE

Participant^{es} au groupe d’horti-thérapie

Critères de sélection : pertes d’autonomie physique (peu ou pas de pertes cognitives), difficultés d’adaptation et/ou d’acceptation, ennui, isolement, solitude, besoins de socialisation et de contribution

Madame A :

Madame a 56 ans. Elle est arrivée au CHSLD Robert-Cliche en janvier 2015 suite à un trauma crânien datant d’octobre 2014 la laissant dans un état neuro-végétatif pendant plusieurs mois. Madame a de sévères pertes d’autonomie physique limitant sa mobilité et sa liberté. Elle a besoin d’aide dans toutes les activités de la vie quotidienne (AVQ et AIVQ). Par exemple, le lève-personne doit être utilisé afin de la transférer de son lit à son fauteuil gériatrique. Madame ne peut pas se déplacer seule. Elle peut toutefois toujours faire usage de ses mains. Madame est lucide, bien qu’elle ait de la difficulté à s’exprimer depuis l’accident. Elle est d’origine mexicaine et la barrière de la langue ajoute parfois une difficulté supplémentaire aux interactions. Elle vit à Montréal depuis 2004 et est citoyenne canadienne. Elle est veuve et la mort de son mari semble l’avoir placée dans une situation plutôt précaire, ce qui serait la raison de son immigration au Canada. Son dossier indique qu’elle était prestataire de l’aide sociale et avait utilisé les services psychosociaux du CLSC par le passé, pour des difficultés financières, des difficultés à trouver un emploi (elle a travaillé dans des salons de coiffure) et de l’isolement social. Elle a un fils de 35 ans qui habite à Laval et qui vient la visiter plusieurs fois par semaine. Elle entretient une bonne relation avec son fils. Elle contemple le rêve de retrouver assez de forme physique pour

déménager avec lui (aspiration qui ne semble pas réaliste selon son dossier) et aimerait pouvoir s'occuper de ses petits-enfants lorsqu'elle en aura. Madame est généralement rayonnante et de bonne humeur, malgré certaines difficultés vécues en CHSLD. Elle mentionne s'ennuyer et trouver difficile d'être si dépendante. Elle dit recevoir de bons traitements, même si elle ne se sent pas toujours considérée dans les décisions entourant sa situation (par exemple son horaire quotidien), ni respectée dans la façon de recevoir les soins (elle exprime se sentir parfois bousculée ou « objectivée »). Madame se sent aussi différentes des autres résidentes (par exemple : son âge, sa nationalité, ses problèmes de santé qui sont principalement physiques). Elle ne mentionne pas de relations significatives dans le milieu (que ce soit avec les employées ou les autres résidentes). Ainsi, Madame exprime des besoins au niveau de l'adaptation/acceptation, de la stimulation et de la socialisation.

Madame B :

Madame a 76 ans. Elle vivait dans un HLM (certaine précarité socio-économique et isolement social) avant son arrivée à Robert-Cliche, où elle habite depuis 2016, par intermittence. En effet, elle se fait hospitaliser de façon cyclique pour des problèmes de santé mentale (trouble schizo-affectif de type bipolaire), et ce depuis le début de la maladie (jeune adulte). Selon son dossier, elle vit des épisodes dépressifs majeurs avec caractéristiques psychotiques (délirium). Madame dit entendre des voix qui lui font peur et la font douter. Madame prend de la médication. Elle exprime aussi un désir d'utiliser d'autres stratégies et d'être davantage outillée afin de s'apercevoir de ses changements d'état d'esprit et d'humeur pour mieux les régulariser. Madame a un fils qui la visite régulièrement et avec qui elle entretient une bonne relation. Il l'amène régulièrement faire des sorties et des commissions à l'extérieur du CHSLD. Le père a toujours été absent. Elle a travaillé dans l'entreprise de menuiserie familiale, mais entretient désormais peu de contacts avec sa famille. Elle exprime de

la culpabilité à l'égard de sa condition de santé mentale et dit ne pas vouloir faire souffrir sa famille à cause de cela. Madame interagit avec le personnel, mais trouve difficile le roulement qui semble important à son avis. Les interactions avec les autres résidentes sont minimales. Madame ne trouve pas évident la cohabitation avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Madame dit se sentir bien en CHSLD, mais que ce n'est pas un « chez soi ». Elle aimerait pouvoir contribuer davantage au milieu en aidant pour certaines tâches (comme le pliage de couvertures). Madame fait du Parkinson, mais demeure particulièrement indépendante pour les AVQ et AIVQ et se déplace avec sa marchette. Ainsi, Madame exprime des besoins au niveau de l'adaptation/acceptation, de la socialisation et de la participation sociale.

Madame C :

Madame a 102 ans et a travaillé comme couturière. Elle est arrivée à Robert-Cliche en décembre 2016 « de son plein gré ». Elle vivait en HLM les 10 dernières années. À cause de pertes d'autonomie physique, elle s'est rendue compte qu'elle ne pouvait plus rester dans son appartement. Sa mobilité est réduite : elle utilise une chaise roulante pour ses déplacements, mais est toujours en mesure, par exemple, de se lever seule de son lit et d'aller seule à la salle de bain. Bien qu'elle n'ait pas de regrets, Madame affirme quand même avoir vécu un choc à son arrivée en CHSLD et présente toujours quelques difficultés d'adaptation. Elle reste beaucoup dans sa chambre, même pour les repas, car elle trouve difficile de cohabiter avec des gens atteints de la maladie d'Alzheimer. Madame dit vivre de l'ennui et participer aux activités de loisir pour « couper la journée », même si elle les considère parfois redondantes ou infantilisantes. Madame a un fils et une bru qui sont à la retraite et lui rendent visite quotidiennement (ils habitent le quartier). Son fils lui amène des livres. Madame a beaucoup voyagé avec son mari (désormais décédé) et maintient une grande curiosité intellectuelle. Elle dit aimer la lecture pour ces raisons : voyager sans

se déplacer et continuer d'apprendre. Madame entretient de bons liens avec les employées et participe aussi aux rencontres avec les coordonnateurs, lorsqu'il y en a, afin de faire valoir ses droits. Par ailleurs, Madame exprime une perte de motivation et de sens, elle a de moins en moins le goût de faire des activités et dit ne plus se sentir utile. Ainsi, Madame a des besoins au niveau de la stimulation, de la socialisation et de la participation sociale.

Madame D :

Madame a 87 ans. Elle est arrivée au CHSLD en 2014. Elle a des pertes d'autonomie physique à cause de Parkinson rigide et exprime beaucoup de difficultés d'acceptation de son état qui va en s'aggravant. Par exemple, elle vit de nombreuses frustrations de perdre la vue tranquillement et d'avoir désormais de la difficulté à s'exprimer et se faire comprendre (cherche ses mots, élocution plus difficile, voix faible). Madame a été enseignante et co-fondatrice des maternelles à Montréal. Elle demeure active intellectuellement en se tenant au courant de l'actualité. Madame apprécie recevoir quotidiennement de la visite d'amies, mais ne sort pas de sa chambre et ne participe pas aux activités dans le milieu. Elle exprime avoir de la difficulté à cohabiter avec des personnes « plus malades qu'elle » (en référence à l'Alzheimer). Elle passe la majeure partie de son temps à écouter la télévision, la radio ou de la musique, ce qui à la longue devient ennuyant. Madame est célibataire et sans enfant et a peu de contact avec sa famille (elle n'aurait qu'une nièce encore vivante). Madame a formulé à plusieurs reprises des critiques envers le personnel (pour manque de compétences). Elle a de la difficulté à se sentir considérée et respectée dans les traitements reçus et à faire face au roulement du personnel. Ainsi, Madame exprime des besoins au niveau de l'adaptation/acceptation et des interactions stimulantes et significatives.

Madame E :

Madame E a 94 ans. Elle habite à Robert-Cliche depuis décembre 2017. Elle a vécu pendant une trentaine d'années dans le village olympique et dit que le deuil est difficile et qu'elle pleure beaucoup. Elle affirme que le déménagement en CHSLD a été inattendu, suite à une hospitalisation et une perte d'autonomie physique empêchant le retour à la maison. Madame utilise un fauteuil roulant pour ses déplacements. Sa situation lui fait penser à l'une de ses tantes qui vivait en CHSLD et dont elle s'occupait, et trouve difficile d'être maintenant dans la même situation. Elle dit ne pas encore comprendre tout le fonctionnement du centre d'hébergement, et vit certaines pertes de repères et de contrôle par rapport à ses habitudes (par exemple l'horaire des repas et des soins). Elle est veuve. Elle a une fille adoptée et des nièces qui viennent lui rendre visite, ainsi qu'une sœur, avec qui elle entretient de bons liens. Madame est très sociable et cherche à rencontrer des gens avec qui elle pourra discuter ou faire des activités. Ainsi, Madame exprime des besoins au niveau de l'adaptation/acceptation, de la socialisation et de la participation sociale.

BIBLIOGRAPHIE

- Abbott, G., Cochran, V., et Clair, A.A. (1997). Innovations in Intergenerational Programs for Persons who are Elderly. *Activities, Adaptation & Aging*, 22(1-2), 27-37.
- Alain, M., et Dessureault, D. (2009). *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Alzheimer Society of Canada. (2011). *Guidelines for Care: Person-Centred Care of People with Dementia Living in Care Homes*. Récupéré le 7 juillet 2017 de http://www.alzheimer.ca/~media/Files/national/Culture-change/culture_change_framework_e.pdf
- American Horticultural Therapy Association. (1997). Survey of Programs for Older Adults. *Activities, Adaptation & Aging*, 22(3), 155-195.
- American Horticultural Therapy Association. (2017). *American Horticultural Therapy Association*. Récupéré le 10 septembre 2017 de <http://www.ahta.org/>
- Ardiet, G. (2011). *Démarche réflexive autour d'une intervention « chindai » auprès d'un groupe de personnes ayant une démence avancée*. (Mémoire de maîtrise). Université du Québec à Montréal. Récupéré d'Archipel, l'archive de publications électroniques de l'UQAM : <http://www.archipel.uqam.ca/3823/1/M11882.pdf>
- Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux. (2017). *Le travail social dans les établissements de soins de longue durée*. Récupéré le 10 août 2017 de <http://www.casw-acts.ca/fr/le-travail-social-dans-les-%C3%A9tablissements-de-soins-de-longue-dur%C3%A9e>
- Aubry, F., Couturier, Y., et Gilbert, F. (2013). L'application de l'approche milieu de vie en établissement d'hébergement de longue durée par les préposés aux bénéficiaires du point de vue des préposés, infirmières auxiliaires et infirmières. *L'infirmière clinicienne*, 10(1), 52-61.
- Barton, J., Bragg, R.E., et Pretty, J. (2009). *Green Exercise and Green Care: Evidence, Cohorts, Lifestyles, and Health Outcomes – Summary of Research Findings*. Récupéré le 5 avril 2017 de https://www.essex.ac.uk/bs/staff/barton/green_exercise_research_feb09.pdf
- Benny, M., Huot, A., Lalonde, J.A., Landry-Cuerrier, J., Marinier, L., et Sergerie, M.A. (2016). *Santé mentale et psychopathologie : une approche biopsychosociale* (2^e éd.). Montréal : Modulo.
- Bickel, J.F., et Cavalli, S. (2002). De l'exclusion dans les dernières étapes du parcours de vie. Un survol. *Gérontologie et société*, 3(102), 25-40.

- Boily, M., et Bourque, S. (2010). *Cadre de référence sur l'évaluation du fonctionnement social*. Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. Récupéré le 30 septembre 2017 de <https://beta.otstcfq.org/sites/default/files/cadre-reference-evaluation-fonctionnement-social.pdf>
- Bouchard, C. (1987). Intervenir à partir de l'approche écologique : au centre, l'intervenante. *Approches intégrées*, 2-3(36), 454-477.
- Bourgon, M., et Gusew, A. (2000). L'intervention individuelle en travail social. Dans Deslauriers, J.P., et Hurtubise, Y. (dir.), *Introduction au travail social* (pp. 93-116). Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Buzzell, L., et Chalquist, C. (2009). *Ecotherapy : Healing with Nature in Mind*. San Francisco: Sierra Club Books.
- Canadian Horticultural Therapy Association. (2017). *Canadian Horticultural Therapy Association*. Récupéré le 10 septembre 2017 de <http://www.chta.ca/>
- Campéon, A. (2016). Vieillesse isolées, vieillesse esseulées? Regards sur l'isolement et la solitude des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 1(149), 11-23.
- Charpentier, M. (2007). *Viellir en milieu d'hébergement : le regard des résidents*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Charpentier, M., Guberman, N., et Soulières, M. (2010). Vivre et vieillir en milieu d'hébergement. Dans Charpentier, M., Guberman, N., Billette, V., Lavoie, J.P., Grenier, A., et Olazabal, I. (dir.), *Viellir au pluriel : perspectives sociales* (pp. 315-328). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Corin, E., Poirel, M.L., et Rodriguez, L. (2011). *Le mouvement de l'être : Paramètres pour une approche alternative du traitement en santé mentale*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Cyrulnik, B. (2017). *La résilience, ou " ce qui ne nous tue pas ... "*. Cours étudiant en soins infirmiers. Récupéré le 25 mars 2018 de <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/cours-esi-resilience-nous-tue-pas.html>
- Daoust-Boisvert, A. (2018). *Québec poursuivi pour « maltraitance » au nom de résidents des CHSLD*. Récupéré le 3 août 2018 de <https://www.ledevoir.com/societe/sante/532073/quebec-poursuivi-pour-maltraitance-au-nom-de-residents-dans-les-chsld>

- Direction des soins infirmiers. (2010). Guide à l'intention des préposés aux bénéficiaires et des équipes de soins infirmiers : comment définir un objectif milieu de vie pour les résidents en soins de longue durée. Rapport déposé le 25 octobre 2010 par le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré le 10 février 2017 de <http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Publications/RAPPORT%20FINAL%20PROJET%20OT%20-%20ANNEXE%2012%20-%20Guide%20delaboration%20objectifs%20milieu%20de%20vie.pdf>
- Drolet, M. (2013). L'intervention individuelle en travail social et son processus : un choix d'angle pour l'analyse et l'action. Dans Harper, E., et Dorvil, H. (dir.), *Le travail social : théories, méthodologies et pratiques* (pp. 171- 190). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Fougeyrollas, P. (1993). *Processus de production culturelle du handicap: contextes sociohistoriques du développement des connaissances dans le champ des différences corporelles et fonctionnelles*. Québec: RIPPH.
- Gascon, E. (2018). Le travail social de groupe: une pratique essentielle. Dans *Le travail social de groupe – dossier thématique*. OTSTCFQ. Récupéré le 28 juin 2018 de <https://beta.otstcfq.org/l-ordre/evenements-et-campagnes/le-travail-social-dans-tous-ses-etats/le-travail-social-de-groupe>
- Gawande, A. (2014). *Being Mortal: Medicine and What Matters in the End*. Toronto: Doubleday Canada.
- Germain, C., et Gitterman, A. (1996). *The Life Model of Social Work Practice: Advances in Theory and Practice* (2^{éd.}). New York: Columbia University Press.
- Gigliotti, C.M., Jarrott, S.E., Yorgason, J. (2004). Harvesting Health: Effects of Three Types of Horticultural Therapy Activities for Persons with Dementia. *Dementia*, 3(2), 161-180.
- Goffman, E. (1968). *Asiles*. Paris: Les éditions de minuit.
- Hallé, A.L. (2014). *L'animation-loisirs en CHSLD, pour la création d'un milieu de vie animé*. (Mémoire). Fédération québécoise du loisir en institution.
- Hallé, A.L. (2016). *Les activités individuelles en animation-loisirs: une approche à privilégier avec la clientèle hébergée*. Fédération québécoise du loisir en institution. Récupéré le 11 juillet 2017 de <http://www.ottiti.net/les-activites-individuelles-en-animation-loisirs-approche-a-privilegier>
- Haller, R.B., et Kramer, C.L. (2006). *Horticultural Therapy Methods: Making Connections in Health Care, Human Service, and Community Programs*. New York: The Haworth Press.

- Healy, K. (2014). *Social Work Theories in Context – Creating Frameworks for Practice* (2nded.). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Jennis, Plourde, Pronovost. (2012). *Outil d'observation, d'évaluation et de structuration d'activités de groupe (OOESAG): présentation, mode d'emploi de l'outil et fiches*. Trois-Rivières, Qc : Département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières.
- Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing : a Complementary Strategy for Improving National Mental Health. *American Psychological Association*, 62(2), 95-108.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Maidenhead: Open University Press.
- Lambert, M.J., et Vermeersch, D.A. (2002). Effectiveness of Psychotherapy. Dans Hersen, M. et Sledge, W. (dir.), *Encyclopedia of Psychotherapy* (pp. 709-714). New York: Elsevier B.V.
- Lavoie, J.P., Guay, D., Gilbert, N., et Parisien, M. (2010). Vieillir en santé? Des inégalités persistantes. Dans Charpentier, M., Guberman, N., Billette, V., Lavoie, J.P., Grenier, A., et Olazabal, I. (dir.), *Vieillir au pluriel : perspectives sociales* (pp. 115-134). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Lavoie, J.P., et Guberman, N. (2010). Les politiques québécoises à l'égard des personnes âgées avec des incapacités : combattre ou gérer l'exclusion? Dans Charpentier, M., Guberman, N., Billette, V., Lavoie, J.P., Grenier, A., et Olazabal, I. (dir.), *Vieillir au pluriel : perspectives sociales* (pp. 413-430). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., Raymond, E. (2010). Inventory and Analysis of Definitions of Social Participation Found in the Aging Literature: Proposed Taxonomy of Social Activities. *Soc Sci Med*, 71(12), 2141-2149.
- Levasseur, M. et Raymond, E. (2013). *La participation sociale des aînés : vers le développement d'interventions favorisant un vieillissement en santé*. Récupéré le 30 juin 2018 de <http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2013/doc-6-levasseur.pdf>
- Louv, R. (2011). *The Nature Principle: Human Restoration and the End of Nature-Deficit Disorder*. Chapel Hill: Algonquin Books.
- Mattaini, M., et Meyer, C. (2002). The Ecosystems Perspective: Implications for Practice. Dans Mattaini, M., Lowery, C., et Meyer, C. (dir.), *The Foundations of Social Work Practice: A Graduate Text* (pp. 3-24). Washington: NASW Press.

- Michaels, M. (2013). *The Therapeutic Benefits of Community Gardening: an Exploration of the Impact of Community Gardens Through the Lens of Community Psychology*. (Thèse de doctorat). Alliant International University of Los Angeles.
- Ministère de la Famille et des Aînés. (2012). *Vieillir et vivre ensemble – Chez soi, dans sa communauté, au Québec*. Politique gouvernementale sur le vieillissement. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré le 10 février 2017 de <http://vieilliretvivreensemble.gouv.qc.ca/>
- Ministère de la Famille et des Aînés. (2018). *Un Québec pour tous les âges*. Plan d'action 2018-2023. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré le 20 juin 2018 de <http://vieilliretvivreensemble.gouv.qc.ca/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD – Orientations ministérielles*. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré le 8 mars 2017 de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000808/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *Les personnes âgées à travers les enquêtes de Santé Québec*. Institut de la statistique du Québec. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré le 2 août 2017 de <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/personnes-agees.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux en vue de l'adoption d'un règlement relatif aux critères sociosanitaires devant servir à la certification de conformité des résidences pour personnes âgées*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en centre d'hébergement : visite d'appréciation de la qualité*. Rapport national, septembre 2004 à juin 2007. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011). *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions*. Rapport déposé le 30 novembre 2011. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré le 1 mars 2017 de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000588/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Établissements de santé et de services sociaux – Mission des établissements*. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré le 10 septembre 2017 de <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements.php>
- Mitchell, G., et Agnelli, J. (2015). Person-centred care for people with dementia: Kitwood reconsidered. *Nursing Standard*, 30(7), 46-50.

- Ndjepel, J. (2014). Réflexion critique sur l'approche milieu de vie dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée : un éclairage nouveau à partir de la promotion de la santé. *Service social*, 60(2), 89-100.
- Nicholson, N.E. (2009). Social Isolation of Older Adults: an Evolutionary Concept Analysis. *Journal of Advances Nursing*, 65(6), 1342-1352.
- Organisation mondiale de la santé. (2018). *Constitution de l'OMS : ses principes*. Récupéré le 10 août 2018 de <http://www.who.int/about/mission/fr/>
- Payne, M. (2016). *Modern Social Work Theory* (4^e éd.). Oxford: Oxford University Press.
- Perkins, M.M. (2014). Resilience in Later Life: Emerging Trends and Future Directions. *Gerontologist*, 54(0), 138-142.
- Piché, D. et Lord, S. (2018). *Vieillesse et aménagement – perspectives plurielles*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Poirier, J. (1984). Carl Rogers ou L'approche centrée sur la personne. *Québec français*, 54, 124-125.
- Renaud, L., et Lafontaine, G. (2011). *Guide pratique : intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*. Réseau francophone international pour la promotion de la santé. Montréal : Édition Partage.
- Shoemaker, C., Haub, M., et Park, S.A. (2009). Physical and Psychological Health Conditions of Older Adults Classified as Gardeners or Nongardeners. *Hortscience*, 44(1), 206-210.
- St-Amand, N. (2001). Dans l'ailleurs et l'autrement : pratiques alternatives et service social. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 7(2), 30-74.
- St-Amand, N. (2003). Interventions opprimantes ou conscientisantes? *Travail et mieux-être*, 9(2), 139-162.
- St-Amour, N., Bourque, M., et Grenier, J. (2017). L'impact des réformes du système de santé sur les services sociaux : la « culture de la mesure » et ses impacts sur les pratiques des travailleuses sociales. *Colloque : Impacts de l'austérité sur les conditions de vie des personnes âgées, UQO, 15 mai 2017*. Récupéré le 14 septembre 2017 de <http://www.vies.ucs.inrs.ca/photos/St-AmourEtAl.pdf>
- Statistique Canada. (2012). *La situation des personnes âgées dans les ménages*. Recensement de la population de 2011. Récupéré le 18 novembre 2016 de http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011003_4-fra.pdf

Steinberg, D.M. (2008). *Le travail de groupe – un modèle axé sur l'aide mutuelle*. Québec : Presses de l'Université Laval.

Turcotte, D., et Lindsay, J. (2008). *L'intervention sociale auprès des groupes* (2^e éd.). Montréal : Gaëtan Morin.