

Institut de Formation en Ergothérapie La Musse



**ERGOTHERAPIE ET SEXUALITE :
RENCONTRE AVEC LE MODELE EX-PLISSIT**

Mémoire d'initiation à la recherche

MICHEL Henriette

Promotion 2017-2020

Madame LANNOY Delphine

Maître de Mémoire



Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation. Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport. C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »¹.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation² et du Code pénal³, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e MICHEL Henriette

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à EVREUX

Le 02/05/2020 signature

¹ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/tes/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

² Article L.531-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

³ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je remercie chaleureusement ma Maître de Mémoire Madame LANNOY Delphine pour ses conseils, sa disponibilité ainsi que sa bienveillance.

Ensuite, je remercie les ergothérapeutes, ayant participé aux entretiens, pour leur disponibilité.

Je tiens particulièrement à remercier Clarisse, Camille et Véronique, pour vos conseils, vos critiques et relectures ainsi que pour vos doux mots d'encouragements. Vous avez été de véritable soutien durant ce long travail.

Je tiens aussi à saluer l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie La Musse pour leur accompagnement durant ces trois années riches en apprentissage.

Enfin, le meilleur pour la fin, je remercie ma famille, mes piliers. Je vous remercie pour vos encouragements et de toujours être à mes côtés. Maman et Papa, merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Et toi, mon Clément, je te remercie de m'avoir suivi et d'être quotidiennement à mes côtés. J'espère que vous serez fiers, où que vous soyez.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1 CADRE CONTEXTUEL	2
1.1 SITUATION D'APPEL	2
1.2 LE TITRE DE SEXOLOGUE EN FRANCE	2
1.3 LE TITRE D'ERGOTHERAPEUTE EN FRANCE	3
1.4 ERGOTHERAPIE ET SEXUALITE ?	3
2 CADRE CONCEPTUEL	4
2.1 LES SEXUALITES	4
2.1.1 <i>Importance de la sexualité</i>	4
2.1.2 <i>Les dimensions de la sexualité</i>	5
2.1.3 <i>L'intime</i>	7
2.2 L'ERGOTHERAPIE	8
2.2.1 <i>En France</i>	8
2.2.2 <i>Au niveau mondial</i>	10
2.2.3 <i>Qu'est-ce que l'occupation ?</i>	10
2.2.4 <i>Pratiques de l'ergothérapeute</i>	11
2.2.5 <i>Posture de l'ergothérapeute</i>	12
2.3 DE PLISSIT (PERMISSION, LIMITED INFORMATION, SPECIFICS SUGGESTIONS ET INTENSIVE THERAPY) A EX-PLISSIT (EXTENTED-PLISSIT)	13
2.3.1 <i>Modèle PLISSIT</i>	13
2.3.2 <i>Limites du modèle PLISSIT</i>	14
2.3.3 <i>Modèle Ex-PLISSIT</i>	15
2.3.4 <i>Limites du modèle EX-PLISSIT</i>	21
3 QUESTION DE RECHERCHE	23
3.1 HYPOTHESE	23

4 CADRE EXPERIMENTAL **23**

4.1 PRESENTATION DE LA METHODE ET DE L'APPROCHE METHODOLOGIQUE **24**

4.2 TECHNIQUE DE RECUEIL DES DONNEES **24**

4.2.1 *Présentation de la population cible* 24

4.2.2 *Prise de contact* 25

4.2.3 *Outil de recherche* 26

4.3 PRESENTATION DES RESULTATS **27**

4.3.1 *Présentation de l'échantillon* 28

4.3.2 *Pratique professionnelle* 28

4.3.3 *Approche du professionnel* 31

4.3.4 *Organisation du travail en équipe* 35

4.4 DISCUSSION **37**

4.4.1 *Confrontation des données théoriques et des données empiriques* 37

4.4.2 *Vérification de l'hypothèse* 39

4.4.3 *Biais et limites de l'étude* 40

4.4.4 *Projection de l'étude* 41

CONCLUSION **43**

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION

Selon, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), en 2018, 89% des ménages français avaient accès à internet (INSEE, 2019). Par ailleurs, lorsque le mot « sexualité » est recherché dans le moteur de Google®, ce dernier propose environ vingt-trois millions de résultats. La comparaison de ces deux données montre que la majorité de la population française peut accéder à des propos très variés au sujet de la sexualité. Entre les informations recueillies sur les sites de journaux, les magazines et tant d'autres sources diverses, il est indispensable de penser que la sexualité est vulgarisée dans la société française. Cependant, est-elle traitée à sa juste valeur ?

Par ailleurs, selon les contextes, l'ergothérapeute est un professionnel possédant des compétences pour accompagner des personnes sur le thème de la sexualité selon les besoins. En effet, la sexualité est une occupation et la science de l'occupation est la base de pratique de l'ergothérapeute. Néanmoins, sujet tabou et intime, il peut être inconfortable de parler de sexualité dans un cadre thérapeutique. Pour venir en aide aux professionnels souhaitant parler de sexualité avec les personnes, le modèle EXPLISSIT (*Extended, Permission, Limited Information, Specifics Suggestions et Intensive Therapy*) propose une conceptualisation du traitement des problématiques liées à la sexualité.

Ce mémoire d'initiation à la recherche est organisé selon plusieurs parties. Dans un premier temps, le cadre contextuel permettra d'exposer le cheminement réflexif préliminaire menant jusqu'à la question de départ. Ensuite, le cadre conceptuel rassemble les idées clefs émergentes. Dans cette partie, les termes seront alors définis grâce à la littérature scientifique. Le lien effectué entre les idées clefs mènera à la question de recherche ainsi qu'une hypothèse de réponse qui en découle. Par la suite une enquête de terrain a lieu. La méthodologie de recherche est exposée puis l'interprétation et l'analyse des résultats seront confrontés à la littérature. L'objectif final est de valider ou d'invalider l'hypothèse de la question de recherche. Enfin, une conclusion reprendra les grandes idées de ce travail d'initiation à la recherche et se terminera par une ouverture.

1 CADRE CONTEXTUEL

1.1 Situation d'appel

J'ai constaté que le domaine de la vie affective, de l'intimité ou de la sexualité n'a été que très peu abordé lors de nos enseignements. Lorsque la question est soulevée, elle n'est traitée que sous l'angle anatomo-pathologique, conséquence d'une maladie ou d'un traumatisme.

J'ai continué à me questionner dans ce sens et à faire appel à mes propres représentations. Je me suis questionné sur le professionnel qui pouvait apporter des solutions. J'ai instinctivement pensé au sexologue. Cependant, toujours d'après mes connaissances et représentations, le sexologue pouvait apporter une aide psychologique mais pas fonctionnelle. Je me suis imaginée alors une personne ayant connu une sexualité antérieure et qui, du jour au lendemain, rencontre des limitations fonctionnelles. Quel professionnel peut lui apporter des réponses ? Le lien avec l'ergothérapie a commencé à s'effectuer dans ma tête. Je me suis dit que peut-être certaines personnes pouvaient considérer la sexualité comme des habitudes de vie. Comme par exemple : embrasser tous les matins son partenaire avant d'aller au travail ? Le fait d'effectuer cette tâche tous les matins devient une habitude de vie mais est-ce que cela fait partie de la sexualité ?

Des premiers liens ont alors commencé à s'effectuer entre ces deux notions, qui sont la sexualité et l'ergothérapie. Ce début de réflexion m'a alors poussé à effectuer plus amples recherches.

1.2 Le titre de sexologue en France

Aujourd'hui et en France, seul le titre de « médecin sexologue » est reconnu puisque la personne a obtenu un diplôme d'Etat de docteur en médecine (Conseil national de l'Ordre des médecins, 2019). Ce titre nécessite un diplôme interuniversitaire en complément de la formation initiale. En revanche, le titre de « sexologue » n'est pas protégé par un parcours de formation nationale. Cela signifie donc que tout individu peut se proclamer « sexologue » sans pouvoir certifier de connaissances fiables. La consultation de site internet, de centres de formations privés, montre que le contenu de la formation est varié. De plus, les critères d'inclusion à cette formation de « sexologue » sont hétérogènes. En effet, pour le centre de formation Institut de sexologie Jacques Waynberg, aucune condition d'accès n'est

requis pour intégrer la formation. Au centre privé CERFPA FORMATION, aucun critère d'inclusion n'est notifié pour l'entrée en formation. Or, ces 2 centres de formation attestent de la délivrance d'un certificat de sexologue.

En revanche, l'Association Interdisciplinaire post-Universitaire de Sexologie (AIUS) clarifie les enseignements. Les formations sont conduites selon 3 catégories : un Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de sexologie, réservé aux médecins, un DIU d'étude de la sexualité humaine ouvert aux professionnels de santé non-médecins et enfin un diplôme universitaire de santé sexuelle destiné aux autres professionnels (enseignants par exemple). Le fond, la forme ainsi que le taux horaire d'enseignements sont différents en fonction du centre de formation.

Par les recherches et les informations retenues, la profession de sexologue n'est pas clairement identifiée. Malgré ces interrogations, ce professionnel possède des compétences pour venir en aide aux usagers, et plus particulièrement sur la sphère psychologique. Dans les représentations, la sexualité possède d'autres dimensions comme la dimension physique.

1.3 Le titre d'ergothérapeute en France

A l'inverse de la profession de sexologue, la profession d'ergothérapeute est protégée. En effet, les conditions d'accès, le contenu de la formation ainsi que la délivrance du diplôme sont régis par l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapie. La formation se déroule en trois années dans l'un des vingt-cinq instituts de formation français. Des périodes d'apport de connaissances théoriques (quatre-vingt-quatre semaines) et d'enseignements en stages (trente-six semaines) s'alternent afin que l'étudiant valide les unités d'enseignements (cent quatre-vingt crédits) et les dix compétences nécessaires à la validation du diplôme. Enfin les résultats du dernier semestre de l'étudiant sont présentés devant le jury régional d'attribution du diplôme d'Etat d'ergothérapeute.

Les éléments précédemment apportés confortent l'idée que l'ergothérapeute est un professionnel qui pratique sa profession dans un cadre réglementaire.

1.4 Ergothérapie et sexualité ?

Comme détaillé précédemment, la profession de sexologue n'est pas régie par un quelconque décret d'actes. Cela implique donc, de multiples pratiques découlant de formateurs aussi variés que les formations apportées. A l'inverse, pour rappel, la

profession d'ergothérapeute est régie par un décret d'actes. C'est pourquoi, nous avons fait le choix de ne pas construire notre travail à travers les compétences des sexologues, mais bien à travers celles des ergothérapeutes.

Les éléments précédents suscitent une question de départ :

« En quoi l'ergothérapeute est un professionnel ayant sa place au sein du processus d'accompagnement de la sexualité d'une personne ? »

2 CADRE CONCEPTUEL

Cette partie de l'écrit est consacré à la récolte des données théoriques. La réflexion menée au fil de ce recueil de données conduira à une question de recherche et une hypothèse traitée ultérieurement.

Dans un premier temps, les définitions de la sexualité seront exposées. Ensuite, nous nous intéresserons à l'ergothérapie et enfin, nous exploiterons le modèle EXPLISSIT.

2.1 Les sexualités

2.1.1 IMPORTANCE DE LA SEXUALITE

Dans sa pyramide des besoins, Maslow considère que la sexualité appartient à la catégorie de « *maintien de la vie* » (Maslow, 1989). Ces besoins se situent à la base de la pyramide. Toujours selon Maslow, il est nécessaire qu'ils soient comblés afin que le haut de la pyramide puisse se construire sur une base solide. L'importance de ce besoin qu'est la sexualité, est aussi partagé par la population interrogée dans le cadre de l'enquête Contexte de la Sexualité en France (CSF) par Bajos et Bozon (2008). En effet, les chiffres relevés sont les suivants : 85,3% des femmes et 91,3% des hommes considèrent que la sexualité est « *importante mais pas indispensable* » voire « *indispensable* » pour leur équilibre personnel (BAJOS, FERRAND, ANDRO et al., 2008). Ces chiffres mettent en exergue l'intérêt que les individus portent à leur sexualité, c'est pour cela qu'il apparaît important de la considérer afin de ne pas laisser cette composante de l'être humain de côté. D'ailleurs Bouti et Pilon (2014) déclarent que « *favoriser la sexualité c'est permettre le développement ou le maintien de la libido, cette énergie qui sous-tend les instincts de vie.* » (BOUTI et PILON, 2014, p.921).

Cependant, lors des recherches, il s'est avéré que le terme sexualité apparaissait comme polysémique. Par conséquent, les domaines de définitions les plus courants seront traités afin d'apporter une définition la plus adaptée possible à la recherche.

2.1.2 LES DIMENSIONS DE LA SEXUALITE

2.1.2.1 Point de vue fonctionnel

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2001) propose, dans la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF), une définition de la sexualité. Dans cette classification, les « *Relations sexuelles.* » (code d7702) sont définies par la capacité de la personne à « *Créer et entretenir des relations de nature sexuelles, avec un conjoint ou d'autres personnes.* » (OMS, 2001, p.167). Elles sont incluses dans le chapitre sept « *Relation et interaction avec autrui.* » (niveau un), dans les sous-chapitres « *Relation particulière avec autrui.* » (niveau deux) et « *relations intimes* » (niveau trois) (OMS, 2001). Par ailleurs, le modèle de développement humain – Processus de Production du Handicap (MDH-PPH) propose aussi de prendre en considération la fonction de reproduction. (Fougeyrollas, 1998).

Les deux définitions antérieures insinuent qu'il est nécessaire d'entretenir des relations avec autrui pour avoir une sexualité. Cela signifie donc que la personne doit premièrement avoir les capacités cognitives d'entretenir une relation avec autrui mais aussi être en capacité de faire appel à ses capacités motrices et de reproduction.

Cependant, au vu des nouveaux paradigmes orientés vers un accompagnement holistique de la personne, cette définition ne s'oriente pas vers les mêmes ambitions. Par ailleurs, selon Bozon et Leridon (1993), la sexualité n'est pas seulement une question de capacités fonctionnelles et biologiques : « *[...] l'activité sexuelle [...] n'est pas limitée aux périodes où la femelle est fécondable* » (BOZON et LERIDON, 1993, p.1176).

2.1.2.2 Point de vue sanitaire

Une définition prenant en compte la santé publique peut répondre à la nécessité de définir un terme dans son intégralité. L'organisme mondial représentant la santé publique, l'OMS, propose de définir la sexualité comme :

« *[...] un aspect central de la personne humaine tout au long de sa vie [qui] comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances,*

d'attitudes, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées. La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, juridiques, historiques, religieux et spirituels. » (OMS, 2015, p.14).

Grâce à cette définition l'OMS expose de multiples dimensions de la sexualité au sens large. Cette définition holistique correspond aux nouveaux paradigmes de l'ergothérapie qui se basent sur une approche globale de la personne.

Par les définitions exposées, il ressort une complexité accrue de la définition de la sexualité. Divers aspects en ressortent : des aspects biologiques, psychologiques et culturels notamment. Des notions plus subjectives en émergent comme le vécu de la sexualité.

Nous pouvons donc faire une première déduction que la sexualité est un concept complexe et complet auquel l'individu fait face seul, en couple ou à plusieurs. Ainsi, la sexualité apparaît comme étant une notion complexe qui regroupe plusieurs dimensions.

2.1.2.3 Point de vu sociologique

Les sciences sociales, et plus particulièrement la sociologie, donnent, elles aussi, des réponses quant à la complexité de la définition de la sexualité. Jackson (2015) relève que la sexualité est un terme derrière lequel chaque individu porte une définition qui lui est propre. Cette définition découle des critères sociaux, des désirs, des pratiques, des relations et des identités que chaque individu s'approprie. Il serait donc préférable de ne pas parler de « la » sexualité mais « des » sexualités. Théry (2002) – citée par Will, Soullignac, Barrelet et al. (2006) - considère de la même manière que la définition de la sexualité est changeante en fonction de l'individu, du lieu et du temps.

D'après ces définitions, la sexualité ne se contente pas d'être une activité à la seule composante du coït ou de la reproduction. C'est plus particulièrement grâce à la définition de l'OMS et du point de vue sociologique que la sexualité est abordée par une approche holistique subjective qui correspond davantage aux nouveaux paradigmes en ergothérapie.

Cependant, la sexualité n'est pas aisément abordée en société ou sinon vulgarisée. Sujet délicat puisqu'elle répond à des normes sociales et culturelles qui sont parfois différentes en fonction des individus. C'est aussi un sujet qui appartient à soi, un sujet intime que chaque individu souhaite garder secret.

2.1.3 L'INTIME

2.1.3.1 *L'intime en société*

L'intime possède de multiples définitions. Pourtant et afin de garder une ligne directrice seulement deux seront évoquées. D'après Bourguignon (2010), l'intime relève de la vie privée et touche à l'identité de l'individu : ce qu'il veut divulguer et ce qu'il souhaite garder pour lui. Vienne (2019) différencie l'intimité et l'intime. L'intime « [...] est ce qui est le plus au-dedans » (VIENNE, 2019, p.14) alors que l'intimité s'applique davantage à des lieux, personnes ou actions. Cette notion de profondeur est déjà évoquée par Bourguignon (2010) : « Ce sont les liens les plus profonds [...] » (BOURGUIGNON, 2010, p.85). D'après Bourguignon (2010) les limites de l'intime sont façonnées par les cultures, les individus et les époques. Par ailleurs, ces propos sont repris par Billé (2019). Pour rappel, les sexualités sont elles aussi influencées par les mêmes critères (culture, individus, époque). Cette profondeur de l'intime et la complexité de la sexualité indiquent la difficulté à échanger à ce sujet avec des personnes étrangères à l'intimité de l'individu.

Les morales passées étaient induites par les institutions comme l'état, l'église et les communautés locales (Bozon, 2004 cité par Bozon et Le Van, 2008). Néanmoins, Bozon (2004) – cité par Bozon et Le Van (2008) - relève de nouvelles sources d'informations quant aux normes de sexualité (médias, internet, psychologie vulgarisée, mouvements sociaux). Ces changements ont une répercussion lors des enquêtes réalisées. En effet, les résultats de l'enquête « Contexte de Sexualité en France », sous la responsabilité de Bajos et Bozon, effectuée en 2006 a permis de conclure qu'il était plus difficile de parler de sa sexualité lors des études précédentes (« Enquête sur le comportement sexuel des français » en 1970 et « Analyse des comportements sexuels en France » de 1992) (Bajos et Bozon, 2008).

Ce déclin des institutions et l'ère du numérique ont ouvert les français à l'échange mais le sentiment de tabou est toujours présent. Ce tabou est majoré lorsque la sexualité est associée à contexte de soin.

2.1.3.2 L'intime dans le soin

Comme exposé par Bourguignon (2010), le soin permet l'accès à l'intime de la personne qui serait normalement interdit. Cette relation est « [...] irriguée par la façon dont les soignants se positionnent par rapport au pouvoir qu'ils exercent sur autrui. » (BOURGUIGNON, 2010, p.84). C'est alors au professionnel d'ajuster son comportement entre ce qui est nécessaire de dire ou de faire et ce qui ne l'est pas. En s'intéressant plus particulièrement à la sexualité, Bouti et Pilon (2014) pointent du doigt les difficultés des soignants à considérer la sexualité dans leur accompagnement : « La diversité de vécus, de perceptions ou de significations propres à chacun, entraîne une grande perplexité. » (BOUTI et PILON, 2014, p.918). Les réticences sont aussi exacerbées par le manque de connaissances et les représentations plurielles de la sexualité mais aussi sur une approche pathologique de cet aspect humain.

Dupras (1986) propose aussi la notion de représentations collectives qui se composent à la fois des représentations du personnel soignant mais aussi de toutes les idées et valeurs véhiculées au sein de l'établissement. Ces propos permettent de parfaire l'image de la sexualité dans les établissements de soin. Cette sexualité est peu évoquée car difficile à mettre en place, à cause notamment des représentations, du manque de connaissances professionnelles mais aussi par les valeurs portées par l'institution.

Après avoir souligné la globalité, les tenants et aboutissants de la sexualité et de l'intimité, l'ergothérapie sera le terme défini dans cet écrit.

2.2 L'ergothérapie

Toute profession exposée dans une réflexion mérite d'être redéfinie afin de n'exclure aucune dimension. Il est donc pertinent de reprendre les bases de la profession de l'ergothérapeute en s'appuyant sur ses compétences.

2.2.1 EN FRANCE

L'arrêté du 5 juillet 2010 définit premièrement l'ergothérapeute comme « un professionnel de santé ». Cela sous-tend que durant le cursus de formation, le futur professionnel devra acquérir des connaissances en anatomo-pathologie, en techniques d'approches ainsi qu'en philosophie du métier appréhendé. La particularité de ce soignant est qu'il réalise des « activités à visée de rééducation, réadaptation », c'est en ça que l'ergothérapeute est singulier. Il se base sur les activités des individus

afin de procéder à l'accompagnement durant le processus de soins. La World Federation of Occupational Therapy (WFOT) utilise davantage le terme "occupation" qui permet d'introduire la notion de subjectivité du vécu de l'activité. De cette occupation, l'ergothérapeute va adapter sa pratique afin de répondre aux objectifs. Si l'occupation ne peut plus être réalisée, l'ergothérapeute fait appel à une autre compétence : celle de l'aménagement de l'environnement par le biais des aides techniques qu'il préconise. (Arrêté du 5 juillet 2010). Dans le but d'un retour ou du maintien de l'occupation, l'ergothérapeute est aussi un conseiller et doit être en capacité d'informer les individus et leur entourage en matière de prévention notamment.

Ces multiples facettes de l'ergothérapeute nous montrent que c'est un professionnel qui est en perpétuelle adaptation face aux individus qu'il rencontre. Une définition rédigée en suivant les nouveaux paradigmes pourra nous donner les nouveaux rôles de l'ergothérapeute. Depuis toujours, les professionnels des pays anglo-saxons ont une pratique bien plus ancrée sur les occupations que les professionnels Français. En effet, le concept d'occupation est apparu à partir des années 1980 chez les ergothérapeutes anglo-saxons alors que les ergothérapeutes français commencent à utiliser cette terminologie « [...] depuis quelques années » (Charret et Thiébaud Samson, 2017, p.27)

Nous allons donc sonder la définition de la WFOT, les éléments relevés dans cette dernière sont en corrélation avec la réflexion menée.

2.2.2 AU NIVEAU MONDIAL

La WFOT définit l'ergothérapie comme :

« Occupational therapy is a client-centred health profession concerned with promoting health and well being through occupation. The primary goal of occupational therapy is to enable people to participate in the activities of everyday life. Occupational therapists achieve this outcome by working with people and communities to enhance their ability to engage in the occupations they want to, need to, or are expected to do, or by modifying the occupation or the environment to better support their occupational engagement. ¹» (WFOT, 2012).

Cette définition, par le champs lexical employé, conduit à la révélation d'un nouveau terme : l'occupation. Ce concept s'appuie sur la science de l'occupation. Comme évoqué par Pierce (2016) : *« [...] l'intention des sciences de l'occupation a été de produire des connaissances sur l'occupation qui puissent former et renforcer la pratique ergothérapique. » (PIERCE, 2016, p.23).* C'est donc, grâce à cette science et au concept d'occupation, que les ergothérapeutes peuvent fonder leurs connaissances sur des preuves et donc faire valoir leur pratique.

2.2.3 QU'EST-CE QUE L'OCCUPATION ?

Comme le cite Meyer, l'occupation est *« Un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société [...]» (MEYER, 2013, p.16).* Plus récemment, Pierce (2016) - reprenant les idées de Yerxa - définit dans son ouvrage *La science de l'occupation pour l'ergothérapie (2016)*, l'occupation comme :

« Une occupation est une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas [...] est un événement subjectif dans des conditions temporelles, spatiales et socio-culturelles perçues qui sont propres à cette occurrence unique. Une occupation a une forme, une cadence, un début et une fin, un aspect partagé ou solitaire, un sens culturel pour la personne et un nombre infini d'autres qualités contextuelles perçues » (PIERCE, 2016, p.25).

¹ L'ergothérapie est une profession de la santé centrée sur le client soucieuse de promouvoir la santé et le bien-être par l'occupation. L'objectif principal de l'ergothérapie est de permettre aux gens de participer aux activités de la vie quotidienne. Les ergothérapeutes atteignent ce résultat en travaillant avec les personnes et les communautés pour améliorer leur capacité à exercer les professions qu'ils veulent, doivent ou devraient faire, ou en modifiant l'occupation ou l'environnement pour mieux soutenir leur engagement occupationnel. [traduction libre]

Le choix de définition de l'occupation se tournera vers celle de Pierce (2016). En effet, cette dernière révèle davantage l'aspect subjectif du vécu de la personne ainsi que l'influence de la société dans ses occupations. Ces notions de subjectivité et de société sont reprises par Jackson (2015) lors de la précédente définition de la sexualité.

La science de l'occupation, créée pour l'ergothérapie, a permis d'apporter des preuves scientifiques à cette profession. Cette science, dont l'occupation en découle, apporte à l'ergothérapeute une base de pratique dont il est le spécialiste. Dans ces fondements, la pratique centrée sur le patient justifie donc que l'ergothérapeute oriente sa pratique de manière individuelle en s'appuyant sur les intérêts signifiants de la personne.

2.2.4 PRATIQUES DE L'ERGOTHEPEUTE

Deux approches sont recensées dans les écrits en ergothérapie. La première – l'approche *bottom up* (ascendante) – est davantage orientée sur une évaluation individualisée d'éléments tels que les capacités et incapacités ainsi que sur le niveau de fonctionnement du corps de l'individu. (Brown et Chien, 2010). La seconde approche, appelée *top down*, est une approche descendante orientée pleinement sur les occupations de l'individu (Dubois, Thiébaud Samson, Trouvé et al ., 2017).

En résumé, d'une part, l'approche *bottom-up* offre une pratique centrée sur le déficit ou la pathologie. D'autre part, l'approche *top-down* centrée sur la personne et ses occupations vise donc à prendre comme point de départ les occupations et non les déficiences. Ainsi, Trouvé (2015) dit que l'approche *top down* « démontre aujourd'hui un potentiel encore plus intéressant » (TROUVE, OFFENSTEIN et AGATI, 2015, p.6) que l'approche *bottom-up*.

Comme précédemment expliqué, la sexualité possède de nombreuses dimensions vécues de manières multiples selon les individus. Cette explication rejoint de près celle des occupations qui sont elles aussi différentes selon les individus et le moment. C'est pour ce lien fort entre sexualité et occupation que l'ergothérapeute pourra orienter sa pratique *top-down* sur des dimensions précises de la sexualité puisqu'il s'adapte aux éléments qui ont du sens pour la personne. Cette approche *top-down* de l'ergothérapeute ainsi que la saisie des éléments qui ont du sens pour la personne permettront un accompagnement à la sexualité optimal. La personne pourra vivre sa sexualité comme il l'a construite d'après ses représentations.

Cette pratique de l'ergothérapeute nécessite une ouverture de sa posture. Effectivement, l'ergothérapeute n'est plus le seul possédant le savoir de la situation, il a besoin des éléments de vie de la personne afin de proposer des solutions aux problématiques.

2.2.5 POSTURE DE L'ERGOTHEPEUTE

D'après Châtel (2010), le concept : accompagner, provient de la combinaison de : *ad* (vers), *cum* (avec) et *panem* (pain). Cette origine latine dont la traduction signifie « partager le pain en vue de... » fait ressortir la « *haute exigence et l'ambition de cette posture* » (CHATEL, 2010, p.90). Chacune des racines apporte des éléments pour définir l'accompagnement. Toujours selon Châtel, *ad*, apporte la notion de dynamisme dans le processus d'accompagnement, elle n'a pas pour but de guider mais plutôt d'accepter la personne avec toutes ses caractéristiques sans chercher à la réorienter ni à l'abandonner face à un objectif. *Panem*, évoque une relation équilibrée avec le respect du rythme de l'autre sans lui imposer celui du thérapeute. Ce rythme singulier émanant de deux individus implique donc que l'accompagnement est « *une relation toujours singulière* » (CHATEL, 2010, p.91) C'est enfin *cum* qui est le terme portant le concept d'accompagnement : « *Être avec, ce n'est donc non plus être à côté, trop distancié ; c'est tout simplement être ensemble, désireux d'offrir quelque chose de soi et d'accueillir quelque chose de l'autre, en partage* » (CHATEL, 2010, p.91). Le *cum* permet aussi de redonner la place de l'être vulnérable comme individu pouvant donner et recevoir (Châtel, 2010).

Pour Paul (2012), accompagner est une posture désignant « *une manière d'être en relation avec autrui dans un espace à un moment donné* » (PAUL, 2012, p.15). Selon elle, la posture d'accompagnement est divisée, en cinq postures : posture éthique (posture de non-violence), posture de non-savoir (ouverture des savoirs par le biais des dialogues et échanges), posture de dialogue (permet que chacun mette en place ses compétences), posture d'écoute (processus de négociation), et la posture émancipatrice (l'apprentissage est un travail d'interaction avec les autres). En résumé, d'après Paul (2012) l'accompagnement est une relation subjective non violente pour laquelle les individus font preuve de dialogue et d'écoute pour apporter leurs connaissances sur la situation rencontrée. L'objectif est donc de partager avec l'autre pour comprendre ce qu'il souhaite.

La définition de l'accompagnement de Châtel (2010) reprend les racines étymologiques, cela permet donc de comprendre l'essence même du mot. La définition de Paul (2012) est moins marquée par la non-hiérarchie des individus. En effet, Châtel (2010) insiste sur le : être « *ensemble* » et sur le fait que l'être ébranlable retrouve sa place d'individu. Par conséquent, c'est sur ce point en particulier qu'il est important d'insister, le sujet de la sexualité étant parfois intimidant, les liens horizontaux créés entre les individus ainsi que l'écoute de l'autre aideront à chasser la gêne.

La posture d'accompagnement se lie parfaitement avec l'approche *top down* de l'ergothérapeute. En effet, pour obtenir une approche *top down*, il est nécessaire de connaître la personne, ses choix et les occupations auxquelles elle porte de l'intérêt. Pour répondre à cela, l'ergothérapeute se positionne au même niveau que l'individu. En effet, il lui est nécessaire d'obtenir les informations de la part de la personne pour ensuite apporter ses connaissances à la personne. Dans ces situations, l'un a besoin de l'autre pour avancer.

Cette posture est indispensable au maintien de l'approche de l'ergothérapeute, basée sur les occupations. C'est dans l'intérêt de la conservation de cette dynamique que sera proposé le modèle Ex-PLISSIT (*Extended, Permission, Limited Information, Specifics Suggestions et Intensive Therapy*).

2.3 De PLISSIT (Permission, Limited Information, Specifics Suggestions et Intensive Therapy) à EX-PLISSIT (Extended-PLISSIT)

2.3.1 MODELE PLISSIT

En 1976, Annon, développe un schéma conceptuel sur l'organisation des traitements des problèmes sexuels. En découle le modèle PLISSIT - *permission, limited information, specifics suggestions et intensive therapy*² - dont l'acronyme anglophone correspond au 4 niveaux de traitement descendant (Figure 1). Cela implique donc que plus le thérapeute entre dans les niveaux descendants, plus les compétences, connaissances et expériences à mettre en œuvre sont importantes (Annon, 1976).

D'après Davis et Taylor (2005), ce modèle permet donc de posséder : « [...] *an appropriate framework on which practitioners can base their interventions with*

² Autorisation, informations limitées, suggestions spécifiques, thérapie intensive [traduction libre]

clients.³ » (DAVIS et TAYLOR, 2005, p.102). Les connaissances et expériences que le professionnel possède en termes de sexualité et le cadre proposé par l'approche PLISSIT permet à ce que chaque individu s'approprie l'accompagnement en fonction de ses connaissances. En effet, le but pour Annon (1976) n'est pas de mobiliser le thérapeute dans une zone dans laquelle il ne se sent pas à l'aise. Au contraire, Davis

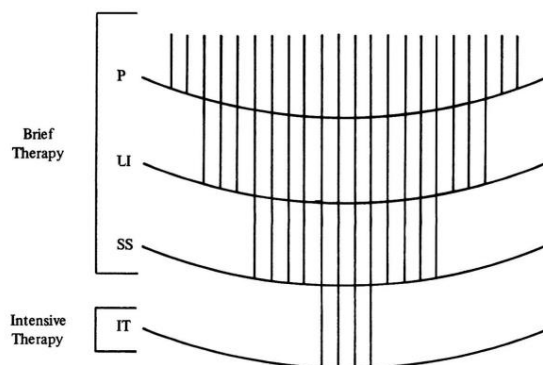


Figure 1 : Schématisation du modèle PLISSIT

et Taylor (2005) considèrent que “[...] practitioners recognise their own strengths and limitations and, where necessary, refer clients on to others who are more able to address an individual client's needs⁴” (DAVIS et TAYLOR, 2005, p.102).

Ce modèle a pour objectif de donner une ligne directrice à suivre lorsque le professionnel de soin souhaite engager le sujet de la sexualité avec un individu. Cependant, la description linéaire descendante a mené à des divergences.

2.3.2 LIMITES DU MODELE PLISSIT

L'approche linéaire descendante du modèle PLISSIT peut conduire, par défaut, le professionnel à croire que la progression se fait étape par étape et qu'il n'a pas la possibilité de revenir à une étape antérieure si besoin (Davis et Taylor, 2005). De plus, la linéarité présuppose que dès lors que l'autorisation a été donnée une fois par le professionnel, la personne doit induire qu'elle possède l'autorisation définitive. Cela implique donc que l'autorisation devient implicite et peut incommoder la personne de parler d'un sujet sensible. A l'inverse, Davis et Taylor (2005), apportent de l'importance

³ « [...] un cadre approprié sur lequel les professionnels de santé peuvent fonder leurs interventions auprès du client » [traduction libre]

⁴ « [...] les professionnels de santé reconnaissent leurs propres forces et limites et, si nécessaire, orientent le client vers d'autres personnes qui sont plus à même de répondre à ses besoins individuels » [traduction libre]

sur le niveau d'autorisation : « *Permission-giving needs to be both explicit and unambiguous.* ⁵ » (DAVIS et TAYLOR, 2005, p.110).

Malgré les limites relevées par Davis et Taylor, ces dernières précisent que l'interaction à sens unique dans laquelle le client n'est que le bénéficiaire n'est pas forcément dans l'intention d'Annon (Davis et Taylor, 2005). Mais provient davantage des suppositions des professionnels qui tentent de s'approprier le modèle dans leur pratique.

Cette interaction à sens unique ne correspond pas à la thématique de l'accompagnement qui promeut la non-hiérarchie des individus. Le modèle PLISSIT étendu (*EXtended-PLISSIT*) par Davis et Taylor (2005) proposant une boucle de rétroaction permet de réorienter l'approche de ce modèle d'avantage sur l'accompagnement.

2.3.3 MODELE EX-PLISSIT

Dès 2002, White cité par Davis et Taylor (2005) a suggéré une interconnexion entre les niveaux sans donner plus de précisions. C'est sur ce point que Davis et Taylor (2005) apportent des détails, notamment sur l'importance qu'elles donnent au niveau de l'autorisation qu'elles placent au cœur du modèle. Leurs réflexions et analyses les ont menées à repenser la schématisation du modèle qui n'apparaît plus sous une forme linéaire mais sous la forme d'une distribution dynamique (Figure 2).

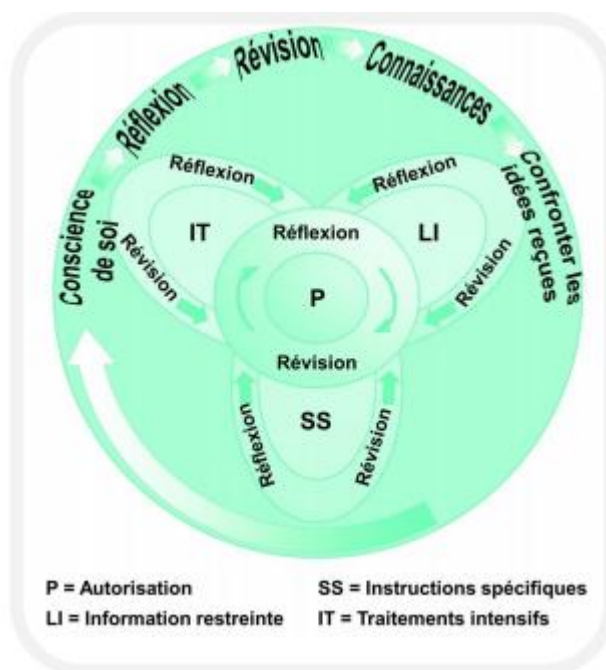


Figure 2 : Schématisation du modèle EX-PLISSIT

⁵ « L'autorisation doit être à la fois explicite et sans ambiguïté. » [traduction libre]

Ce travail d'initiation à la recherche étant orienté sur l'ergothérapie, la description des niveaux ainsi que les exemples donnés seront dirigés sur cette profession.

2.3.3.1 *Extended-PLISSIT – boucle de rétroaction*

Cette boucle de rétroaction n'est pas nécessairement la première étape d'entrée dans le modèle. En effet, le modèle EX-PLISSIT, à la différence du modèle PLISSIT, ancre une boucle de rétroaction qui peut être utilisée à chaque étape du modèle ou dès que besoin. Cette boucle permet une autoévaluation de l'intervention. Dans le *Guide de pratique en ergothérapie : favoriser la sexualité et la vie amoureuse des adultes présentant une maladie neuromusculaire*, Muslemani, Berniquez, Cloutier et al.(2019) proposent différentes raisons pour lesquelles cette boucle sera activée :

- Autoévaluation du professionnel qui doit s'assurer être encore à l'aise avec le « [...] thème ou le niveau de détails de la discussion » (MUSLEMANI, BERNIQUEZ, CLOUTIER et al., 2019, p.9),
- Vérification du confort de la personne à « poursuivre la discussion ou à l'approfondir » ou s'il y a un changement de niveau (MUSLEMANI, BERNIQUEZ, CLOUTIER et al., 2019, p.9),
- Vérification de la pratique du professionnel par le professionnel permettant de mettre en avant les points forts et les axes d'amélioration pour optimiser l'accompagnement sur la sexualité.

De plus, cette troisième raison évoquée quant à l'autoévaluation du professionnel fait écho aux propos de Annon (1976) qui accorde une importance toute particulière au fait que le professionnel doit se former, approfondir ses connaissances et élargir ses compétences au sujet de la sexualité pour être plus à l'aise. Par ailleurs la formation continue fait partie des devoirs généraux de l'ergothérapeute (Chapitre 2 des *Règles professionnelles des ergothérapeutes*) exprimés par l'article 14 : « *L'ergothérapeute actualise et perfectionne ses connaissances et compétences professionnelles [...] Il respecte l'évaluation de ses pratiques professionnelles [...]* » (ANFE, 2019, p.8).

Cette boucle de rétroaction est nécessaire et participe au « [...] développement de la relation de confiance. » (MUSLEMANI, BERNIQUEZ, CLOUTIER et al., 2019, p.9). Cette notion de relation de confiance se retrouve au plus haut niveau de validation d'éléments de la compétence six : « *Rechercher et développer un climat de confiance*

[...] en vue d'une alliance thérapeutique » (MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, 2010, p.182).

Comme évoqué précédemment, cette boucle de rétroaction peut intervenir à différent niveau du modèle Ex-PLISSIT.

2.3.3.2 Permission - Autorisation

Selon Annon (1976), l'étape de *permission*, étape dite de l'autorisation, est la première étape de la démarche. Néanmoins, sur la schématisation du modèle Ex-PLISSIT, cette étape se trouve au centre du mécanisme. En effet, d'après Davis et Taylor (2005), l'autorisation doit être donnée au début de chaque intervention et le plus régulièrement possible pour s'assurer que la personne fasse part de ses questions le plus ouvertement possible. Leurs propos sont appuyés par Friedman cité par Davis et Taylor (2005) qui, dès 1997, soutient que l'autorisation doit être donnée à de multiples reprises puisque le niveau de questionnement sur la sexualité varie en fonction des nouveaux évènements comme le retour à domicile par exemple. En plus de cette autorisation orale, d'autres stratégies peuvent être mises en place d'après Muslemani, Berniquez, Cloutier et al. (2019). Comme par exemple, la mise à disposition de dépliants ou affiches expliquant le rôle de l'ergothérapeute ainsi que ses interventions possibles dans l'accompagnement à la sexualité.

D'après Muslemani, Berniquez, Cloutier et al., (2019) cette technique d'autorisation de communication sur le thème de la sexualité peut être considérée comme indirect puisque le professionnel n'est pas face à l'individu, à l'inverse, la technique directe implique que le professionnel soit en lien avec la personne.

2.3.3.2.1 Comment introduire le sujet par une technique directe ?

Muslemani, Berniquez, Cloutier et al. Transmettent un message important au sujet de la place du professionnel : « [...] il est important de noter qu'aborder la discussion est de la responsabilité du professionnel [...] » (MUSLEMANI, BERNIQUEZ, CLOUTIER et al., 2019, p.11). Afin d'aider l'ergothérapeute dans cette démarche, il existe certains moment clefs selon Muslemani, Berniquez, Cloutier et al. :

- « Lors de la première rencontre, au moment de l'explication du rôle de l'ergothérapeute [...],

- *La fin de l'évaluation initiale [...] il est alors possible de revenir sur les difficultés observées, de les relier avec des difficultés anticipées au niveau de la sexualité [...],*
- *Lors des discussions en lien avec l'évolution de la maladie [...],*
- *Lors des discussions en lien avec la vie de couple et des relations interpersonnelles [...],*
- *Lorsque le thérapeute évalue l'autonomie dans les activités de vie quotidienne telles que les soins corporels ou l'habillement, qui sont de nature plus intime. ».*
(MUSLEMANI, BERNIQUEZ, CLOUTIER et al., 2019, p.11-12)

Muslemani, Berniquez, Cloutier et al. (2019) précisent aussi que plus le sujet de la sexualité est introduit tôt dans le suivi, plus la sexualité sera normalisée et plus l'échange sera facilité. A ajouter qu'il existe des comportements à adopter de la part du professionnel afin d'aborder la sexualité clairement et avec normalité. Selon Bor et Watts (1993) cité par Davis et Taylor (2005), le professionnel ne doit pas faire de supposition, poser des questions et demander lorsqu'un terme n'est pas compris. Muslemani, Berniquez, Cloutier et al. (2019) précisent la nécessité d'être explicite, délicat et concret avec notamment l'utilisation des termes appropriés (pénis, vagin, seins, missionnaire, levrette, orgasme...).

Pour rappel, l'autorisation doit être donnée à toutes les étapes du modèle EXPLISSIT et dès que le besoin s'en fait ressentir. Certains moments de l'accompagnement sont plus opportuns pour engager la conversation.

2.3.3.3 Limited Information - Information restreinte

Muslemani, Berniquez, Cloutier et al. (2019) ajoutent qu' : « *Il est important de bien s'informer sur la physiopathologie de la maladie du client afin d'offrir des recommandations appropriées [...]* » (MUSLEMANI, BERNIQUEZ, CLOUTIER et al., 2019, p.14). Davis et Taylor (2005) mentionnent aussi la question d'impact : « [...] *the impact of the condition, the medication prescribed and clinical intervention upon sexual wellbeing*⁶ » (DAVIS et TAYLOR, 2005, p.109). Les précisions apportées par Davis et Taylor sont pertinentes d'un point de vue ergothérapique, puisqu'en effet, cette profession promeut l'occupation en limitant ou supprimant les impacts négatifs qui pourraient limiter cette dernière.

⁶ « [...] l'impact de la maladie, les médicaments prescrits et les interventions cliniques sur le bien-être sexuel. » [traduction]

Muslemani, Bernique, Cloutier et al. (2019) rappellent qu'il faut s'appuyer sur une définition complète de la sexualité afin d'explorer toutes les dimensions. De plus, ils proposent dans leur *Guide de pratique en ergothérapie : Favoriser la sexualité et la vie amoureuse des adultes présentant une maladie neuromusculaire* (2019), quelques exemples d'aspects à explorer comme : l'autonomie à l'habillage et au déshabillage, les ressources disponibles en matière de coussins de positionnement, les menstruations dans un contexte d'hygiène et enfin l'autonomie à préparer un repas romantique pour son (sa) partenaire. Dans le rôle de l'ergothérapeute, mentionné par l'activité : « *Réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation psychosociale.* » (MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, 2010, p.171), tous ces exemples visent à l'autonomisation de la personne.

Enfin, pour apporter une précision quant à la différence entre ce niveau et le niveau postérieur de suggestions spécifiques, Davis et Taylor (2005) expliquent que dans ce niveau, le professionnel n'a pas effectué d'évaluation ou mis en exergue des objectifs spécifiques à la personne à atteindre lors de la phase d'intervention.

2.3.3.4 Specific Suggestions - Suggestions spécifiques

2.3.3.4.1 Phase d'évaluation de l'ergothérapeute

Le cœur de métier de l'ergothérapeute est omniprésent dans cette partie du modèle. Comme exprimé par Annon en 1976, avant de fournir des informations spécifiques à la personne, il est nécessaire de récolter des informations. Cela fait écho à la phase d'évaluation. Ce point de vue est retrouvé chez Davis et Taylor (2005) et chez Muslemani, Berniquez, Cloutier et al. (2019) également.

Déjà en 1976, Annon, indiquait l'importance de se baser sur les problématiques et besoins de la personne. Ce point est repris par Muslemani, Berniquez, Cloutier et al. (2019) avec un point de vue ergothérapique : « *C'est à cette étape que l'ergothérapeute met en place les interventions [...] en fonction des besoins, problématiques et préférence de son client.* » (MUSLEMANI, BERNIQUEZ, CLOUTIER et al, 2019, 16). Ces mots permettent de mettre les choix et envies de la personne en avant. Cette stratégie d'évaluation permet de faire le lien avec l'approche *top down* des nouveaux paradigmes décrite dans le chapitre précédent.

Lorsque l'évaluation est complète, cette dernière ainsi que toutes les informations recueillies permettent de mieux cibler les attentes de la personne. Il est donc nécessaire de poser des objectifs d'intervention. Cet ensemble de démarches

fait partie des compétences de l'ergothérapeute français que l'on retrouve dans l'arrêté du 5 juillet 2010 : « *Evaluer une situation et élaborer un diagnostic en ergothérapie* » (MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, 2010, p.177) et « *Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie [...]* » (MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, 2010, p.178). Il n'est pas concevable d'évaluer une situation sans y apporter des réponses voire même des solutions. C'est pour cette raison que la phase d'intervention suit.

2.3.3.4.2 Phase d'intervention

Les auteurs précédemment évoqués (Annon (1976), Davis et Taylor (2005) et Muslemani, Berniquez, Cloutier et al. (2019)) sont en accord sur l'intégration du partenaire dans la phase d'intervention si cela est nécessaire.

Pour rappel, tout professionnel souhaitant accompagner des individus dans leur sexualité peut utiliser le modèle Ex-PLISSIT. De plus, chaque phase d'intervention étant strictement différente selon le professionnel, Annon (1976) et Davis et Taylor (2005) ne donne pas d'indication spécifique aux ergothérapeutes. Cependant Muslemani, Berniquez, Cloutier et al. (2019) proposent 3 interventions spécifiques à l'ergothérapeute :

- « *Intervenir pour modifier les composantes physiques de l'activité sexuelle* »
- *Prescrire et recommander l'utilisation d'outils alternatifs à la sexualité*
- *Modifier ou adapter l'environnement afin de faciliter la fonction sexuelle* » (MUSLEMANI, BERNIQUEZ, CLOUTIER et al., 2019, p.17).

Ces trois cas généraux dans lesquels les ergothérapeutes peuvent intervenir sont sensiblement identiques en France. A noter, néanmoins, que l'ergothérapeute ne possède pas les compétences pour prescrire mais seulement pour préconiser une aide technique. Ce point est retrouvé en compétence quatre des compétences à acquérir : « *[...] adapter et préconiser [...] les aides techniques* » (MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, 2010, p.180).

La réglementation de la profession d'ergothérapeute est différente selon les pays. En effet, le document utilisé a été rédigé par des ergothérapeutes québécois, pays dans lequel la prescription d'aides techniques est autorisée. En France, il s'agit seulement de préconisations. Cette disparité indique que l'utilisation du modèle peut être différente selon les pays.

Par ailleurs, la dernière étape du modèle : l'*intensive therapy* (la thérapie intensive), nécessite, d'après les auteurs, l'intervention de professionnels médicaux. Cela implique donc que l'ergothérapeute devra travailler en équipe afin de répondre aux mieux à toutes les problématiques qui se présentent à lui.

2.3.4 LIMITES DU MODELE EX-PLISSIT

2.3.4.1 Intensive Therapy - Thérapie intensive

L'auteur initial de ce modèle, Annon (1976), indique que seul « [...] *clinicians who have already received training within their particular discipline [...]* ⁷ » (Annon, 1976, p.13) peuvent intervenir dans cette étape. Afin d'être plus précis, Davis et Taylor (2005) évoquent les urologues, les gynécologues ou encore les psychologues comme des professionnels autorisés et nécessaires à intervenir à ce niveau.

Autrement dit, lorsque les problématiques de la personne concernent des problématiques d'ordre médical, l'ergothérapeute se doit d'orienter l'individu vers un professionnels qui possède les compétences requises. En France, la profession d'ergothérapeute est réglementée notamment par le décret du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie et par l'arrêté du 5 juillet 2010, relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute.

Il est alors nécessaire et indispensable que l'ergothérapeute coopère avec d'autres professionnels.

2.3.4.1.1 Travail interprofessionnel

Il est inévitable de penser que certaines problématiques dépassent les compétences de l'ergothérapeute. Pour répondre à cette limite, le travail en équipe est indispensable. MacIntosh et McCormack (2001) – cité par Wacheux et Kosremelli Asmar (2007) – pensent que, à l'inverse du travail multiprofessionnel, la collaboration interprofessionnelle demande aux professionnels un travail de « [...] *partenariat où des membres de différents domaines travaillent en collaboration vers l'atteinte d'un objectif commun.* » (WACHEUX et KOSREMELLI ASMAR, p.3, 2007). Dans le même document, les propos D'Amour (1997) sont aussi rapportés. Pour D'Amour (1997), l'interprofessionnalité est composée d'interactions avec les professionnels pour mettre

⁷ « [...] les cliniciens qui ont déjà reçu une formation au sein de leur discipline particulière pour les thérapies [...] » [traduction libre]

en commun des idées dans le but de rendre service au client dans les meilleures conditions possibles.

En comparant ces définitions avec la réflexion menée dans cet écrit, la pluriprofessionnalité est le mode d'interaction entre professionnels le plus adapté à une démarche holistique. En effet, le principe de mettre des compétences en commun pour répondre aux objectifs de la personne est un élément fort pour engager toutes les connaissances dans un même sens.

Enfin, par cette collaboration de professionnels, l'ergothérapeute saura qu'il peut s'appuyer sur d'autres membres de l'équipe pour répondre à des problématiques sur la sexualité dépassant ses compétences.

2.3.4.2 Validation transculturelle du modèle en France.

Lors des recherches effectuées, aucun document attestant d'une validation transculturelle, en France, du modèle Ex-PLISSIT n'a été trouvé. D'après *L'International Test Commission* (2010) – cité par Mignet (2015) – la validation transculturelle d'un outil permet de vérifier si l'outil en question évalue les mêmes éléments mais dans une autre culture.

La sexualité est très dépendante de la culture et de la société dans lesquelles l'individu évolue. La seule traduction francophone retrouvée du modèle Ex-PLISSIT est celle effectuée par des ergothérapeutes québécois. Cependant, la culture française n'est pas prise en compte dans cet écrit. Il serait intéressant d'effectuer une validation transculturelle pour obtenir des propos et des stratégies d'approches correspondant davantage à la culture française.

De plus, après avoir comparé plusieurs techniques de validation transculturelle d'outil, Mignet (2015) conclut en disant que la traduction de la langue d'origine de l'outil en la langue souhaitée n'est pas suffisante pour une utilisation de l'outil dans le pays souhaité.

Une validation transculturelle d'un outil est une démarche très longue et nécessitant un travail de précision. Avant d'imaginer un travail d'une telle ampleur, il serait intéressant d'observer si le modèle Ex-PLISSIT semble pertinent pour les ergothérapeutes Français.

3 QUESTION DE RECHERCHE

Le cheminement réflexif mené dans le cadre conceptuel amène à une question de recherche :

En quoi le modèle Ex-PLISSIT peut-il aider l'ergothérapeute à accompagner une personne dans le domaine de la sexualité ?

Les éléments composant le cadre conceptuel, nous ont permis de comprendre la complexité de la sexualité. De plus, la profession d'ergothérapeute s'appuyant sur la science de l'occupation amène vers une posture professionnelle se basant sur l'accompagnement. Cet accompagnement est pertinent lorsqu'un sujet aussi intime que la sexualité est abordé. Enfin, le modèle Ex-PLISSIT ayant émergé lors des recherches, propose une méthodologie d'approche lorsque le professionnel souhaite aborder le thème de la sexualité. C'est de cette question de recherche qu'en découle une hypothèse.

3.1 Hypothèse

L'hypothèse est la suivante : **Le modèle Ex-PLISSIT permet, en complément des modèles de pratique en ergothérapie, d'apporter une méthodologie à l'ergothérapeute qui accompagne les individus dans le domaine de la sexualité.**

Pour répondre à cette question de recherche et donc valider ou invalider cette hypothèse, une enquête a été réalisée auprès d'ergothérapeutes.

4 CADRE EXPERIMENTAL

Cette nouvelle partie du travail d'initiation à la recherche, est basée sur l'expérimentation sur le terrain des données récoltées dans le cadre conceptuel. L'analyse des propos recueillis ainsi que les résultats obtenus permettront de valider ou invalider l'hypothèse et par conséquent, de répondre à la question de recherche.

Le pronom personnel « je » sera utilisé dans cette partie pour répondre à des besoins méthodologiques mais surtout parce que sa rédaction est l'aboutissement de mon enquête sur le terrain.

L'objectif de cette partie est de présenter le dispositif méthodologique mis en place avec la stratégie utilisée pour le recueil des données, en passant de la

constitution de l'échantillon à la construction de l'outil. Ensuite seront présentés les résultats obtenus. A l'issue de cette présentation, la partie discussion permettra d'analyser les propos obtenus et de les mettre en lien avec le cadre conceptuel. De cette analyse en découlera les biais et limite de l'étude.

4.1 Présentation de la méthode et de l'approche méthodologique

Pour ce travail d'enquête je me suis particulièrement intéressée à la méthode qualitative. La subjectivité envisagée des propos recueillis, rejoint la réflexion menée autour de la polysémie du mot sexualité. En obtenant des propos subjectifs, je pourrai davantage comprendre les comportements et expériences transmis par les acteurs concernés. Cette dynamique sera objectivée lors de la discussion, lorsque les données empiriques seront comparées aux données théoriques.

J'utilise ensuite une approche hypothético-déductive. Cette approche possède deux avantages. D'une part, le squelette de recherche proposé par cette approche m'offre une démarche définie. En effet, je ne possède aucune expérience dans le domaine de la recherche, cette approche me suggère un cadre rassurant impliquant donc une fiabilité du travail de terrain conservée. D'autre part, la confrontation des données théoriques et empiriques me permettra de répondre à la question de recherche émise et ainsi de valider ou non l'hypothèse, fils conducteurs de ma recherche.

4.2 Technique de recueil des données

4.2.1 PRESENTATION DE LA POPULATION CIBLE

Toujours dans l'objectif de répondre à ma question de recherche ainsi que de valider ou non mon hypothèse, j'ai constitué un échantillon issu d'une population cible. Pour définir ma population avec précision, j'ai défini des caractéristiques précises afin d'obtenir un groupe représentatif, c'est pourquoi j'ai déterminé des critères d'inclusions et d'exclusions.

4.2.1.1 Critères d'inclusions

Les critères d'inclusions retenus sont les suivants : être ergothérapeute titulaire du diplôme d'Etat français en ergothérapie, être ergothérapeute pratiquant ou ayant pratiqué en France et ayant accompagné au moins une fois un individu dans la thématique de la sexualité en ergothérapie.

Ces critères ont été choisis en lien étroits avec le cadre conceptuel. Pour rappel, la sexualité est changeante en fonction des individus, des époques et des sociétés (OMS, 2015 ; Jackson, 2015 ; Théry 2002 cité par Will, Soullignac, Barrelet et al., 2006) Cette notion de société est importante à prendre en considération. Par ailleurs, chaque pays et populations possèdent des caractéristiques culturelles et sociales pouvant être différentes de celles retrouvées en France. Enfin, la profession d'ergothérapeute n'est pas réglementée de la même manière d'un pays à l'autre.

4.2.1.2 Critères d'exclusion

Certains critères d'exclusions sont aussi apparus. Ainsi sont exclus : les ergothérapeutes travaillant dans les Département et Territoires d'Outre-Mer (DOM-TOM) et travaillant auprès des mineurs.

Le premier critère d'exclusion rejoint cette notion de culture et de société. En effet, l'histoire de ces départements et territoires me semble trop éloignée de l'histoire de la France métropolitaine. En ce qui concerne le second critère d'exclusion, j'ai choisi dans le cadre de ce travail, de ne pas prendre en compte l'accompagnement des mineurs. En effet, jusqu'à dix-huit ans, ils se trouvent encore sous l'autorité d'un responsable légal. Ce dernier peut donc interférer dans la relation entre la personne et l'ergothérapeute ce qui fausserai l'accompagnement effectué.

4.2.2 PRISE DE CONTACT

En amont de la prise de contact, j'ai souhaité créer une adresse mail dédiée à ce travail de recherche. Cette adresse mail a facilité mon organisation et m'a permis de ne pas mélanger les informations personnelles et les informations professionnelles.

Une stratégie de pré-contact a été effectuée pour recueillir des ergothérapeutes volontaires. Je me suis appuyée sur le réseau social Facebook® sur lequel il existe des groupes dédiés à l'échange d'informations sur des thèmes en particulier. Je me suis rapprochée de deux groupes : le premier rassemblait des ergothérapeutes de divers horizons et permet des échanges sur les pratiques très variés. Le second groupe, ayant pour thématique les mémoires en ergothérapie, rassemblait de nombreux ergothérapeutes et de nombreux étudiants en ergothérapie. J'ai donc proposé un écrit où j'exposais mon identité, le thème de mon mémoire, le biais par lequel je voulais recueillir leur propos, le temps estimé de l'entretien, les critères d'inclusions ainsi que les modalités de retour de contact possible. Je leur proposais de me contacter directement par Messenger® (messagerie de Facebook®) ou par mail.

Lorsque la prise de contact était plus personnelle, je m'assurais que le profil de la personne correspondait bien aux critères d'inclusions de mon étude et nous convenions d'un rendez-vous. Cette stratégie m'a permis de contacter quatre ergothérapeutes.

Pour le dernier ergothérapeute, la prise de contact s'est effectuée grâce à un camarade de promotion qui a été en stage avec cette personne. Je lui ai donc envoyé un mail avec les mêmes éléments de la phase de pré-contact de Facebook®. Lorsque la personne a accepté ma demande nous avons convenu d'un rendez-vous.

4.2.3 OUTIL DE RECHERCHE

4.2.3.1 Présentation de l'outil

Dans un premier temps, j'ai créé un tableau d'indicateurs (Annexe I). Il est organisé selon différents éléments : les thèmes à aborder, les indicateurs recherchés, l'objectif à atteindre et donc les questions pouvant apporter les réponses nécessaires. De cette composition en a découlé un guide d'entretien. La création de cet inventaire me servira également lors la phase d'analyse des résultats. En effet, il permettra de faciliter l'identification des éléments de réponses et donc faciliter l'analyse qui allait me permettre de valider ou non mon hypothèse, et par conséquent, de répondre à ma question de recherche.

Les données empiriques ont été recueilli grâce à un entretien. Afin d'uniformiser la passation de ce dernier, j'ai décidé d'opter pour une stratégie d'entretien semi-directif. Cette technique permet à la fois de garder une ligne directrice dans la collecte des informations mais aussi de rebondir sur les propos de la personne et ainsi lui laisser plus de liberté dans sa réflexion. Un guide d'entretien a alors été rédigé (Annexe II). Ce dernier me permet de contenir la forme générale de l'entretien afin d'obtenir tous les éléments nécessaires à l'analyse postérieure.

Le guide d'entretien est composé de plusieurs éléments. Dans un premier temps, la consigne inaugurale rappelle le contexte de l'échange avec la personne. La partie suivante me permet de vérifier l'éligibilité du participant à la recherche. Ensuite, la phase d'entretien débute et est suivi, pour finir, d'une conclusion. L'entretien semi-directif est composé de quatre questions larges et ouvertes et de questions de relance. Les questions ouvertes sont organisées selon des grandes catégories : l'identification de la pratique, le lien ergothérapie et sexualité, l'approche du professionnel sur la sexualité (question organisée selon la matrice du modèle Ex-

PLISSIT) et le travail d'équipe. Seule la dernière question concernant la connaissance ou non du modèle Ex-PLISSIT est une question fermée.

4.2.3.2 Passation des entretiens

La situation sanitaire en France à partir de Mars 2020 me contraint à proposer seulement des entretiens par visio-conférence ou par téléphone. En effet, l'Etat a décrété la période de confinement nous interdisant donc de quitter le domicile sauf pour motifs impérieux (Journal Officiel de la République française, 2020).

J'ai proposé aux participants les deux options. Quatre des cinq personnes m'ont demandé d'effectuer l'entretien par téléphone. La dernière personne m'a laissé libre choix. Pour une question d'homogénéité, j'ai aussi opté pour un entretien téléphonique. Les échanges ont duré en moyenne vingt minutes.

En amont de l'entretien, un formulaire de consentement (Annexe III) a été envoyé par mail aux participants. Dans ce formulaire, nous retrouvons le thème de l'échange ainsi que les conditions générales de l'étude. Par exemple, les informations transmises sont : respect de l'anonymat, demande d'autorisation pour l'enregistrement des échanges et possibilité d'arrêter l'entretien si besoin.

4.3 Présentation des résultats

Dans l'objectif de faciliter le traitement des données empiriques, tous les entretiens menés verbalement ont été retranscrits à l'écrit (Annexe IV).

Comme indiqué précédemment, un tableau d'indicateur a été créé afin de construire le guide d'entretien. La présentation et l'analyse des résultats sera donc construites en suivant la même démarche. Les thèmes soulevés lors de la création du tableau des indicateurs serviront de support pour la présentation et l'analyse des résultats.

Une analyse question par question ne semble pas être une méthode adaptée. En effet, certains éléments de réponses à une même question peuvent être traités dans plusieurs thématiques. Cette technique mènerait à mélanger les thèmes et compliquerait l'analyse. Par ailleurs, certains verbatims de thème sont donnés dans plusieurs questions à la fois.

Dans un premier temps, nous présenterons l'échantillon, ensuite nous effectuerons la présentation et l'interprétation des résultats en même temps et dans

l'ordre suivant : identification de la pratique professionnelle, identification de l'approche du professionnel puis identification de l'organisation du travail en équipe.

4.3.1 PRESENTATION DE L'ECHANTILLON

Pour des raisons de respect de l'anonymat, tous les participants porteront un pseudonyme composé de la lettre « E » pour « ergothérapeute » et un chiffre correspondant à l'ordre dans lequel ils ont été interrogés.

L'échantillon est composé de cinq femmes. E1 a vingt-huit ans et trois ans et demi d'expérience. E2 a trente-cinq ans et douze ans d'expérience. E3 et E4 ont respectivement vingt-trois et vingt-deux ans et ont un an d'expérience. Enfin, E5 a vingt-quatre ans et deux ans d'expériences.

Par ailleurs, E3 m'indique avoir effectué un mémoire sur la sexualité et le handicap pour son diplôme. E5 a souhaité me préciser qu'elle était sur le poste depuis octobre 2019.

E1, E3 et E4 me disent que, dans le cadre de l'accompagnement à la sexualité, elles interviennent toutes les trois dans des centres de rééducation. E2 et E5, quant à elles, interviennent en lieux de vie. Dans un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) pour E2 et dans Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) pour E5.

E1, E2 et E3 effectuent seulement des accompagnements en individuel alors que E4 et E5 effectuent des accompagnements en groupe puis en individuel si besoin.

4.3.2 PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Cette première thématique a pour objectif d'identifier la pratique ergothérapique générale en lien avec la sexualité.

4.3.2.1 Identification de la pratique ergothérapique

Il ressort de manière prépondérante que les ergothérapeutes utilisent dans leur pratique la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) issue du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO). En effet, E3, E4 et E5 affirment utiliser cette mesure. E1, quant à elle, affirme l'utiliser ponctuellement. Cependant, nous relevons que ces ergothérapeutes l'utilisent pour des objectifs différents. Effectivement, E4 déclare que ce modèle lui « [...] offre une technique et un cheminement lors de la prise en charge du patient [...] ». Quant à E5,

elle l'utilise parce que « [...] *c'est ce modèle là que je connais le plus.* » à l'inverse de E1 qui utilise aussi la MCRO mais de manière plus nuancée : « [...] *ça m'arrive d'utiliser la MCRO mais je ne le maîtrise pas très bien, je l'utilise moins* » et utilise le PPH le reste du temps. La justification de E3 sur l'utilisation du modèle est davantage orientée sur la thématique de la sexualité : « [...] *c'est dans les textes de la MCRO, ils disent bien que la sexualité fait partie des soins personnels et que ça fait donc parti des champs de compétences de l'ergothérapeute. [...] ça me permet, en partie, de me justifier [...]* ». Cette référence peut être induite par le fait que E3 a effectué un mémoire sur l'ergothérapie et la sexualité en juin 2019. Dans un premier temps, nous pouvons identifier des contradictions entre le modèle et la mesure utilisés par l'ergothérapeutes. En effet, il est difficile d'identifier précisément ce qu'elles ont voulu dire puisqu'elles peuvent parfois utiliser un acronyme puis utiliser un pronom opposé. Cette confusion se retrouve dans les propos de E4 : « [...] *j'utilise la MCRO [...]. Euh il m'offre une technique et un cheminement lors de la prise en charge [...]* ». Même si une reconnaissance précise est difficile, il est au moins possible d'identifier que les ergothérapeutes interrogées possèdent une philosophie de pratique liée aux occupations puisqu'elles ont une connaissance du MCREO.

A l'inverse, E2 n'a pas su identifier un modèle en particulier mais affirme utiliser « [...] *celui qui prend en compte la personne, l'environnement et tout l'environnement global.* » et pense que « *On les a dans nos têtes mais les noms moi je ne les connais pas [...]* ».

L'orientation des pratiques de E1, E3, E4 et E5 est proche, seule celle de E2 semble s'éloigner des sciences de l'occupation. Cette différence peut s'expliquer par le fait que E2 est diplômée depuis douze ans et qu'elle a peut-être reçu les enseignements du précédent paradigme. Cependant, pour E2, la non-identification précise d'une pratique basée sur les occupations de la personne ne lui empêche pas de considérer la sexualité des personnes.

Ce qu'il est nécessaire de retenir c'est que l'utilisation d'un modèle de pratique basé sur les occupations n'est pas forcément nécessaire pour considérer la sexualité dans un accompagnement. Il s'agirait plutôt d'une philosophie professionnelle globale.

4.3.2.2 Représentation de la sexualité

Lors des recherches théoriques, il a été mis en évidence que la sexualité était un mot polysémique. Alors, une question sur les représentations de la sexualité a été posée.

Dans un premier temps, les cinq ergothérapeutes s'accordent à dire que l'acte sexuel fait partie de la sexualité. Cependant, elles n'arrêtent pas la sexualité au coït : « [...] il y a pas que la pénétration qui fait partie la sexualité il y a tout ce qu'il y a autour [...] » (E1), « [...] mais il y a tout ce qui est vie affective, se sentir aimé par quelqu'un [...] » (E2), « [...] c'est une activité assez globale [...] » (E3), « [...] mais tout ce qu'il y a aussi autour qui est aussi important pour eux. » (E4) et « [...] pour moi la sexualité englobe aussi la dimension affective déjà et puis dans le rapport à l'autre. » (E5). Une fois de plus, la polysémie du mot « sexualité » est mise en avant par les multiples définitions des ergothérapeutes. En effet, toutes les ergothérapeutes possèdent une définition complexe avec des nuances. Par ailleurs, E2 énonce la notion de vie affective mais aussi de culture : « On peut avoir des personnes qui ont été élevée par une autre culture, une autre religion aussi et qui ont d'autres visions [...] » qui accorde la notion de subjectivité grâce aux personnes rencontrées lors des accompagnements. Enfin, E1 et E3 apportent aussi la notion de lien à l'autre, elles précisent la nécessité de considérer l'autre dans une relation et de prendre en compte les désirs de chacun.

En lien avec la sexualité la notion d'intimité et de tabou est soulevée par les ergothérapeutes. Ces notions se traduisent chez E1 lorsqu'elle parle avec des patients et qu'ils n'ont obtenu aucune information par les autres professionnels, cet argument est aussi retrouvé chez E3 : « Et puis je trouve que dans le domaine médical, on a encore tendance un peu à asexualiser les personnes en situation de handicap. ». La différence est marquée en comparaison avec E2 et E5, en effet, pour ces deux ergothérapeutes, l'accompagnement à la sexualité est un projet soutenu par les établissements respectifs, ce qui favorise l'échange au sein de l'établissement. Même si E2 et E5 sont soutenues par les établissements, la notion de tabou semble être relevée par E2 lorsqu'elle évoque le refus de certaines familles de travailler sur cette thématique. E5 s'oriente davantage sur une question d'intimité puisque le thème de la sexualité est abordé dès l'entretien d'admission et cela « [...] peut paraître un peu intime [...] d'exposer sa sexualité si on a des problèmes. »

Aucune des ergothérapeutes n'a donné de définition précise de ce qu'est la sexualité. En effet, l'identification précise des sphères de la sexualité semble parfois floue. Cette confusion dans la définition de la sexualité ainsi que leurs représentations révèlent une difficulté à donner une définition complète de cette dernière. Donc, il est à noter que la sexualité paraît comme quelque chose de tellement complexe qu'il est difficile d'en donner une définition exhaustive.

4.3.2.3 Lien ergothérapie et sexualité

Le lien entre l'ergothérapie et la sexualité est très hétérogène selon les personnes interrogées. En effet, un lien direct est effectué par E1 « [...] la sexualité fait partie des activités de vie quotidienne, selon les personnes. », E3 « Euh pour moi la sexualité ça peut pour certaines personnes être une occupation [...] » et E5 : « [...] c'est un fondement aussi de la personne, c'est-à-dire qu'on s'attache aux activités de vie quotidienne [...] ». En revanche, E4 effectue seulement le lien avec le groupe qu'elle encadre et non sa profession et enfin, E2 met en avant l'association dans laquelle elle travaille : « [...] l'association dans laquelle je travaille a beaucoup, beaucoup travaillé sur le thème de la vie affective et sexuelle [...] ».

Ces discordances entre les réponses peuvent émaner de diverses causes. Dans un premier temps, la question posée n'appuyait pas assez sur le lien sexualité et pratique en ergothérapie. Par ailleurs, les ergothérapeutes ne travaillent pas dans les mêmes circonstances, en effet, le secteur de travail est différent, les populations rencontrées sont différentes et pour finir, l'accompagnement effectué est différent.

Ce qui semble fondamental de noter c'est que malgré les différences marquées dans les pratiques des ergothérapeutes interrogées, des accompagnements sur la thématique de la sexualité sont quand même envisagés.

4.3.3 APPROCHE DU PROFESSIONNEL

Cette seconde partie servira de support pour exposer la méthodologie exploitée par les ergothérapeutes lorsqu'ils abordent la sexualité. Cette technique me permet d'introduire finement la matrice du modèle Ex-PLISSIT sans que l'ergothérapeute interrogé ne soit formellement informé. Si le modèle Ex-PLISSIT leur avaient été exposé dans l'entretien, cela aurait pu les orienter dans leur propos. Alors que le but est d'obtenir des données de terrain sans influence quelconque.

4.3.3.1 Par qui et quand le sujet de la sexualité est-il abordé la première fois ?

Ces deux thématiques sont finalement traitées de manières concomitantes. En effet, les réponses se croisent beaucoup et la lecture des données est fluidifiée par cette stratégie. Les réponses aux thématiques sont, une fois de plus, hétérogènes si nous prenons les propos indépendamment les uns des autres.

E1 dit que « [...] ça dépend de mon feeling avec la personne. Je ne l'aborde pas avec tout le monde [...] », et quand elle l'aborde, « [...] c'est pas en début de prise en charge, j'aborde pas ça tout de suite. ».

E2 n'aborde jamais la sexualité en première mais « [...] ça va plutôt être souvent les équipe du quotidien, souvent les AMP [aide médico-psychologique] ou la psychologue éventuellement. » et considère qu'il n'y a pas de moment particulier pour commencer à parler de sexualité sauf « [...] quand il y a des problèmes, par exemple des comportements masturbatoires [...] ».

E3 pense que : « [...] c'est important que ce soit les professionnels qui abordent ce sujet en premier. ». Par ailleurs, elle aborde la thématique de la sexualité dès le premier entretien et « [...] donne un peu une vision à la personne de tout ce que l'on va pouvoir travailler ensemble en ergothérapie. » en citant la sexualité au milieu d'autres occupations plus communes.

E4, aborde la sexualité lors de « [...] programmes d'ETP [éducation thérapeutique du patient] qui ne sont pas validés [...] » et remet donc un document lors de la première rencontre puis reprend ce livret au fur et à mesure des séances. Donc dans un premier temps, les patients découvrent les informations sur la sexualité seuls, puis lors de : « [...] la dernière séance, on arrive du coup à la dernière page où il y a la sexualité donc si eux, veulent en parler, on en parle et si ils ne le souhaitent pas, on en parle pas [...]. »

Et enfin, selon E5, la sexualité est abordée lors de l'entretien d'admission qui est effectué en équipe. Par ailleurs, selon E5 « Il y a des adultes qui sont plus à l'aise avec ça et qui nous formule la demande euh expressément quoi, c'est-à-dire que, par exemple, dans une MCRO [...] ». Par la suite, E5 considère qu'il n'y a pas de moment précis où elle aborde la sexualité : « [...] c'est vraiment en fonction des demandes et si la demande elle est euh très pressente et donc on l'accueil en priorité [...] ». Nous pouvons donc imaginer que ce sont les professionnels qui abordent la première fois le sujet de la sexualité et que, par la suite, ce sont les patients qui effectuent leurs

demandes. E5 a ajouté que les suivis en SAMSAH peuvent durer plusieurs mois voire plusieurs années donc « [...] on a le temps aussi de traiter cette problématique-là. »

En poussant d'avantage l'analyse, on retrouve que E1 ne possède pas de stratégie particulière, la cause peut provenir du peu d'expériences et donc du manque d'aisance à parler de cette thématique. A l'inverse, E2 et E5 sont soutenues par les équipes de soin. En effet, même si ce n'est pas elles qui interrogent en premières la sexualité, le thème est abordé par un professionnel en premier, ces propos se retrouvent aussi chez E3 même si elle n'expose pas clairement sa stratégie. Enfin, E4 qui travaille seule sur des groupes d'individus, laisse libre choix aux individus de parler de sexualité ou non.

La démarche et philosophie de E2, E3 et E5 permettent de penser que tous les individus entrant dans un processus d'accompagnement au sein des structures peuvent obtenir de l'aide sur la thématique de la sexualité en ergothérapie. Propos qui sont par ailleurs exposés par E3 : « [...] j'essaye systématiquement de l'aborder auprès de tous mes patients, toutes pathologies confondues. »

En revanche, E1 ose parler de cette thématique lorsqu'elle est à l'aise et E4 laisse libre court au groupe. Cela implique donc que les accompagnements proposés par les ergothérapeutes sont disparates entre les individus fréquentant les mêmes établissements. Même si cela s'avère ambivalent, ce côté disparate de l'accompagnement peut se retrouver chez E3. En effet, si elle expose la sexualité seulement au début de l'accompagnement, nous pouvons supposer que c'est à l'individu de revenir vers l'ergothérapeute s'il a des questions. Cela incite donc que la personne doit se sentir suffisamment à l'aise pour oser demander de l'aide en retour.

Succinctement, deux tendances se dessinent ici. D'une part E2 et E5 et leur équipe de soin respective semblent posséder une stratégie générale lorsque le sujet de la sexualité est évoqué. En revanche, E1, E3 et E4 plutôt isolées dans leur pratique en lien avec la sexualité ne montrent pas de stratégie globale incitant les individus à parler de sexualité.

4.3.3.2 Critique de pratique : évaluation de pratiques et impact des formations

La boucle de rétroaction du modèle Ex-PLISSIT propose d'analyser sa pratique afin d'y apporter des améliorations. J'ai donc questionné les ergothérapeutes sur leurs méthodes d'évaluation de leur pratique ainsi que leurs difficultés rencontrées lorsqu'elles abordent le sujet de la sexualité.

Toutes les ergothérapeutes interrogées effectuent une évaluation de leur pratique lorsque le sujet de la sexualité est évoqué. Pour quatre des cinq ergothérapeutes (E1, E3, E4, E5), l'évaluation de la pratique s'effectue par un questionnement auprès du patient. E3 précise qu'elle effectue ce questionnement par le biais de la MCRO. E2 procède d'une manière un peu différente et évalue sa pratique par des réévaluations de ce qui a été mis en place pour la personne et par des : « [...] *réévaluations notamment en réunion.* ». Cette stratégie peut s'expliquer par le type d'établissement dans lequel elle travaille. Pour rappel, E2 intervient en FAM et nous pouvons donc imaginer que la population rencontrée possède des difficultés pour exprimer immédiatement des inconvenances sur les solutions proposées.

En ce qui concerne les difficultés rencontrées lorsque l'ergothérapeute aborde le sujet de la sexualité, un point majeur fait débat entre les ergothérapeutes. Pour E1 et E3, il y a un manque cruel de formation chez les ergothérapeutes :

« [...] le principal frein rencontré reste le manque de connaissance des ergothérapeutes français [...]. Beaucoup d'étudiants et de professionnels ne considèrent pas la sexualité comme une occupation, ils n'ont pas de formations sur le sujet et ils ne l'incluent donc pas dans leur pratique. » (E3)

A l'inverse E2 affirme avoir suivis de multiples formations et colloques grâce à l'établissement dans lequel elle travaille. Cependant elle rejoint partiellement l'avis de E1 et E3 et considère que : « [...] *c'est pas à l'école qu'on a été formé sur ce domaine-là par contre.* ». Enfin, E5 a pu suivre une formation au sein de son établissement par un organisme extérieur et estime être : « [...] *un peu plus calé dans nos pratiques.* ».

Nous pouvons donc remarquer deux attitudes. D'une part, E1 et E3 relèvent un manque de formation dans le domaine, cela peut s'expliquer par leur expérience, pour rappel, elles sont respectivement diplômées depuis 2016 et 2019. D'autre part, nous retrouvons le groupe de E2 diplômée depuis 2008 et E5 diplômée depuis deux ans. L'argument du temps d'expérience ne semble pas être l'argument justifiant les critiques de pratique. Pour rappel, E2 et E5 ont suivi des formations complémentaires au sein de leur établissement alors que E1 et E3 n'ont pas eu cette possibilité.

La notion de formation semble être un nouveau point interagissant sur l'accompagnement à la sexualité en ergothérapie. Le manque de formation complémentaire pour E1 et E3 pourraient être la cause d'un manque de stratégie globale d'approche.

4.3.4 ORGANISATION DU TRAVAIL EN EQUIPE

Toujours dans la matrice du modèle Ex-PLISSIT, nous retrouvons la notion de travail d'équipe et de reconnaissances de ses limites professionnelles.

4.3.4.1 Limites de compétences de l'ergothérapeute

Quatre ergothérapeutes sur cinq interrogées considèrent avoir des limites professionnelles concernant l'accompagnement à la sexualité en ergothérapie : « *En ergo on a un rôle à jouer mais on ne peut pas, tout faire tout seul.* » (E3). Lorsqu'il leur ait demandé de donner des exemples dans lesquels l'ergothérapeutes ne peut pas intervenir, E1 et E3 évoquent la notion de traitement médicamenteux, en particulier. Lorsque les patients demandent à E4 des informations dépassant son cadre de pratique habituel (qui concerne principalement le positionnement), elle leur explique que leurs demandes ne font pas parties de ses compétences.

Ces réflexions de la part des ergothérapeutes peuvent être issues de la manière dont la profession d'ergothérapeute est régie. En effet, l'ergothérapeute possède un décret d'actes listant son domaine de compétence. Ce dernier permet donc aux ergothérapeutes d'analyser ce qui fait partie ou non de leur domaine de compétence.

E2 a traité la question différemment, en effet, elle possède toujours son approche pluriprofessionnelle au travers de la stratégie d'accompagnement qu'elle rencontre sur son lieu de travail.

« [...] je sais pas si c'est une question de compétences en fait, il y a des gens qui ont peut-être les compétences mais qui veulent pas travailler sur ce domaine-là parce que il ne sente pas personnellement apte ni capable, ni prêt et ça, ça doit se respecter. » (E2).

Par ces propos, l'approche pluriprofessionnelle émerge subtilement. En effet, il semblerait que pour E2 les compétences individuelles ne soient pas une priorité. Mais elle met en avant le niveau d'aisance personnelle. Nous pouvons donc imaginer que toutes les compétences individuelles des professions présentes au sein de l'institution sont utilisées de manière à ne faire qu'un afin de répondre aux problématiques liées à la sexualité.

De manière générale, les ergothérapeutes interrogées considèrent avoir des limites professionnelles ne leur permettant pas de garantir un accompagnement complet sur la thématique de la sexualité.

4.3.4.2 Organisation du travail en équipe

La question du travail en équipe a été soulevée durant les thématiques précédentes. De manière plus précise, nous avons pu observer que E2 et E5 travaillent étroitement avec les autres membres de leur équipe.

A l'inverse, E1 travaille seule et rencontre des difficultés pour tisser des liens avec les autres professionnels malgré ses efforts : « [...] j'essaye de me rapprocher [...] de l'infirmier [...] après le problème avec le médecin qui travaille en uro-sexo [...] il n'est pas très accessible, il n'a pas de temps et, et du coup on peut pas trop discuter. ». E3 fait le choix de régler la problématique seule si elle le peut puisque : « problématique seule, je le fais seule [...] ». Néanmoins, si la personne lui donne l'autorisation, elle parle de sexualité en équipe dans le but de trouver des solutions. Nous retrouvons cette même dynamique chez E4 qui travaille seule avec son groupe mais : « Oui, ils [les membres de l'équipe] sont très à l'écoute et c'est ce qui fait aussi que le patient se sent en confiance pour aborder ces thèmes avec l'un d'entre nous. ».

Une fois de plus, deux tendances se dégagent dans les propos. D'une part, E2 et E5 travaillent étroitement avec leurs équipes. Cette stratégie d'accompagnement se retrouve d'ailleurs très fréquemment dans les réponses aux thématiques précédentes. Cette méthode de travail s'apparenterait au travail pluriprofessionnel puisque divers professionnels mettent leurs compétences à disposition pour répondre à une même problématique. Cette idée est reprise par E5 : « [...] finalement, bah toutes avec nos compétences, un peu différentes et qui parfois se recroisent [...] ». D'autre part, E1, E3 et E4 travaillent en majorité seules sur ces thématiques mais tentent ou arrivent progressivement à se lier avec les autres professionnels qui les entourent. Même si actuellement l'orientation vers d'autres professionnels est parfois compliquée, elles tentent d'y accéder. Par ailleurs, E3 questionne l'accompagnement sur la thématique de la sexualité effectué dans son établissement et indique que : « [...] le fait de travailler en équipe, ça permet d'avoir plus de solutions. »

En résumé, les stratégies de collaboration ont émergé au fur et à mesure de l'analyse. Cependant, E1, E3 et E4 ont tendance à travailler seule même si elles essayent de se rapprocher des autres professionnels. Alors que pour E2 et E5, la stratégie de collaboration pluriprofessionnelle semble être mise en place.

Pour conclure l'interprétation des résultats, nous retrouvons deux grandes tendances. D'un côté E2 et E5, qui travaillent dans des lieux de vie et dont les équipes de soin sont sensibilisées à cette thématique, semblent ne pas rencontrer de difficultés ou de barrière lors d'accompagnement à la sexualité. De plus, une elles ont suivi une formation. De l'autre côté, E1, E3 et E4, semblent plus isolées dans les accompagnements effectués et possèdent une stratégie d'approche plus ou moins développée. Par ailleurs, si une problématique dépasse leurs compétences, elles indiquent seulement verbalement à la personne vers qui se tourner. Cependant, leur stratégie mise en place n'est pas pérenne pour les raisons exposées précédemment. En effet, même si elles tentent de se rapprocher des autres professionnels pour favoriser le travail en équipe, cela reste compliqué. Pour E1, cela se traduit par un manque des disponibilités de certains membres de l'équipe. Pour E3, cela se traduit par un manque de reconnaissance de ces compétences d'ergothérapeutes dans la thématique de la sexualité. Et enfin, pour E4 les accompagnements en groupe semblent favoriser l'isolement professionnel. Nous pouvons donc estimer que l'accompagnement à la sexualité est difficilement tenable par un seul professionnel et que, pour un accompagnement efficace, le travail en équipe est indispensable.

4.4 Discussion

Dans le cadre de cette recherche, après avoir traitées les données empiriques, il est nécessaire de comparer les données théoriques aux données empiriques recueillies et traitées. L'objectif de la discussion est de faire des liens entre ces dernières et de mettre en lumière les éléments théoriques manquants apportés par les entretiens. Ensuite, une critique du travail sera effectuée afin de mettre en évidence les biais et limites de l'étude. Pour finir, nous allons proposer une validation ou invalidation de l'hypothèse puis nous effectuerons une projection des perspectives possibles.

4.4.1 CONFRONTATION DES DONNEES THEORIQUES ET DES DONNEES EMPIRIQUES

Dans cette partie seront reprises les grandes lignes du cadre conceptuel afin que toutes les grandes idées soient remobilisées et critiquées.

Dans un premier temps, nous retrouvons la définition de la sexualité. Les données recueillies par les cinq ergothérapeutes semblent confirmer la polysémie du mot « sexualité ». Comme évoqué dans le cadre conceptuel, une définition exhaustive n'a pu être proposée. Cependant, la majorité des données empiriques se rejoignent

pour dire que la sexualité ne se définit pas uniquement par l'acte sexuel. Par ailleurs, les notions de tabou et d'intime ont aussi été relevées.

Dans le cadre conceptuel, le lien avec l'ergothérapie a été fait grâce aux occupations. Pour effectuer une identification des pratiques lors des entretiens, une question sur les modèles de pratique a été posée. Il semblerait finalement, que l'utilisation d'un modèle de pratique basé sur les occupations ne soit pas indispensable pour considérer la sexualité en ergothérapie. Cependant, une notion majeure est ressortie de la recherche de terrain. Il s'agit de la présence de la thématique de la sexualité dans le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO), ce modèle inclus la notion « avoir des rapports sexuels » dans la catégorie des soins personnels (Law, Sue, Carswell et al., 2014 cités par Legendre, 2019). De plus, ce modèle est un modèle ergothérapique qui peut appuyer de manière claire que la sexualité est une occupation, donc que l'ergothérapeute possède des compétences pour effectuer un accompagnement sur la thématique de la sexualité.

En ce qui concerne le modèle Ex-PLISSIT, l'interprétation des résultats et l'analyse montrent que nous retrouvons les mêmes grandes intentions entre le modèle exposé et les données de terrains. En effet, nous retrouvons des tactiques d'approches variées, des interventions ergothérapiques, des phases d'évaluations de pratiques ainsi que des reconnaissances de limites professionnelles.

De manière plus précise, le premier groupe d'ergothérapeutes collaborant avec les autres membres de l'équipe semble ne pas adopter la stratégie précise proposée par le modèle Ex-PLISSIT. Même si, certains points sont utilisés implicitement, le professionnel aborde en premier le sujet de la sexualité, l'évaluation de la pratique, la reconnaissance de limites de la profession ainsi que l'utilisation du travail pluriprofessionnel, par exemple. Certains autres éléments semblent absents comme redonner régulièrement l'autorisation à la personne de parler de sexualité ou d'aborder le sujet de la sexualité progressivement si la personne se sent gênée. Cependant, les stratégies développées par les ergothérapeutes et les équipes de soin respectives ne semblent pas impacter les accompagnements effectués.

Pour l'autre groupe d'ergothérapeutes se qualifiant par les points communs suivants : l'isolement professionnel pour l'accompagnement sur la thématique de la sexualité, l'expérience inférieure à trois ans et l'absence de formation au sujet de la sexualité, la méthodologie d'approche semble plus nébuleuse. En effet, même si la

thématique est abordée systématiquement au début pour certains (E3), elle peut aussi être abordée seulement si l'ergothérapeute est aisé (E1) ou encore selon les choix du patient (E4). Par ailleurs, même si les professionnelles se disent disponibles, elles ne semblent pas réitérer l'autorisation de parler de sexualité. De plus, et ceci concerne un point fort discordant avec le modèle Ex-PLISSIT, même si les professionnelles ont identifié des limites et essaient de tendre vers un accompagnement pluriprofessionnel de cette thématique, cela n'est toujours pas le cas pour chacune d'entre elles. Cependant, elles tentent d'améliorer leur pratique par des évaluations et questionnements auprès des personnes accompagnées. En résumé, dans le cadre de ce profil de pratique, des stratégies semblent être mise en place mais l'équilibre à maintenir semble précaire.

4.4.2 VERIFICATION DE L'HYPOTHESE

Pour rappel, la question de recherche est la suivante : **En quoi le modèle Ex-PLISSIT peut-il aider l'ergothérapeute à accompagner une personne dans le domaine de la sexualité ?** De cette question de recherche découle une hypothèse : Le modèle Ex-PLISSIT permet, en complément des modèles de pratique en ergothérapie, d'apporter une méthodologie à l'ergothérapeute qui accompagne les individus dans le domaine de la sexualité.

L'analyse des données empiriques ainsi que leur confrontation aux données théoriques permettent de valider partiellement l'hypothèse.

Deux profils d'ergothérapeutes ont finalement émergé. Il semblerait que le premier profil d'ergothérapeutes travaillant en équipes pluridisciplinaire ne seraient pas concernés par le modèle Ex-PLISSIT. Ces propos sont avancés par l'analyse précédente. En effet, l'utilisation du modèle Ex-PLISSIT ne semble pas être en adéquation avec leur pratique. Cela peut s'expliquer par la place du travail en équipe dans les accompagnements des ergothérapeutes. En effet, lorsque tous les professionnels collaborent dans le but de répondre à une problématique liée à la sexualité, les barrières et les difficultés paraissent levées grâce à la dynamique installée.

En revanche pour le second groupe d'ergothérapeutes étant davantage professionnellement isolées, la stratégie d'accompagnement semble plus laborieuse. En effet, même si les autres membres de l'équipe sont à l'écoute, la dynamique de collaboration interprofessionnelles n'est pas mise en avant. Alors, pour lever certaines

barrières lorsque la thématique de la sexualité est évoquée et dans le but de favoriser une prise en considération de toutes les occupations, y compris de la sexualité, le modèle Ex-PLISSIT peut proposer une méthodologie d'approche aux ergothérapeutes. Également, dans une moindre mesure, les ergothérapeutes peuvent s'appuyer seulement sur certains points du modèle Ex-PLISSIT. Comme mentionné dans le cadre conceptuel, le modèle Ex-PLISSIT n'est pas validé culturellement en France et que, dans la pratique de terrain, certaines approches peuvent mettre l'ergothérapeute ou la personne accompagnée dans une position délicate.

4.4.3 BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE

Lorsqu'une étude est effectuée et encore plus lorsqu'il s'agit d'une première expérience il est indéniable de relever des erreurs mise en avant par les limites et biais de l'étude.

Dans un premier temps, les résultats apportés méritent d'être nuancés. En effet, seuls cinq ergothérapeutes ont été interrogés pour cette recherche. L'échantillon interrogé ne permet donc pas de généraliser les propos à toute la population. De plus, l'investigation auprès des ergothérapeutes s'est effectuée par téléphone, cela implique une absence de visibilité de la communication non verbale.

D'ailleurs le choix de la population étudiée était très ouvert. Cela implique donc des disparités dans les propos recueillis qui sont à la fois une richesse mais aussi un frein. En effet, l'hétérogénéité des expériences de la population peut être la cause de l'impossibilité de valider ou d'invalider strictement l'hypothèse.

Pour les questions de biais, nous retrouvons tout d'abord un biais méthodologique. Comme évoqué lors de l'analyse des verbatims, certaines réponses aux questions n'ont pas idéalement répondu aux indicateurs recherchés et cela à plusieurs reprises. En effet, la conservation d'une posture objective est délicate et donc, lors des entretiens, certaines reformulations de questions ont été limitées par crainte d'introduire une influence involontaire. De plus, après réflexion, la dernière question fermée, initialement posée dans le but d'identifier si oui ou non les personnes utilisent ce modèle de manière consciente, n'a pas été exploité lors de l'analyse des résultats. Ensuite, le biais de désirabilité sociale impacte les résultats obtenus puisque les personnes interrogées ont pu se sentir valorisées pour l'intérêt porté à leur pratique et cela modifie donc les propos apportés. Enfin, le stress et la gêne ressentie lors de la passation des entretiens ont provoqué un biais affectif.

4.4.4 PROJECTION DE L'ETUDE

4.4.4.1 Perspectives de recherches

L'investigation effectuée durant ce travail d'initiation à la recherche a permis d'apporter quelques réponses. Cependant, d'autres études pourraient étayer les idées et en évoquer de nouvelles.

Dans un premier temps, l'apport des données a pu exposer la place du travail en équipe lorsque la thématique de la sexualité est abordée. Une nouvelle étude ayant pour sujet l'apport de la collaboration interprofessionnelle aurait pour intérêt de marquer d'avantage l'impact de cette stratégie d'accompagnement. Les résultats de cette hypothétique étude pourraient être comparés à des résultats venant d'une étude similaire effectuée avec le modèle Ex-PLISSIT. Le but serait de faire ressortir les points positifs et négatifs ainsi que les similarités de chacune de ces études. La finalité serait de critiquer les méthodes et d'observer si l'une ou l'autre est préférable ou si elles sont complémentaires et pourquoi.

D'autre part, la caractérisation plus précise des envies et besoins généraux des personnes au sujet de la sexualité, permettrait d'adapter les stratégies d'accompagnement. Pour cela, une étude auprès d'une population de malades ciblés apporterait des réponses quant aux éventuels manques retrouvés dans le contexte de soin en France.

Enfin, se rapprocher d'ergothérapeutes n'effectuant pas d'accompagnement sur la thématique de la sexualité permettrait d'identifier les causes de ce non-accompagnement et donc de proposer des solutions si possible.

4.4.4.2 Projection professionnelle

L'identification claire et précise du lien entre l'ergothérapie et la sexualité accorde des justifications de pratique. Les ergothérapeutes pourront donc justifier, auprès d'entités dubitatives, leur rôle dans les problématiques liées à la sexualité.

Dans les données empiriques recueillies, nous avons pu constater que l'approche des professionnels est parfois ambivalente. Le professionnel souhaite aborder le sujet de la sexualité mais ne sait pas comment faire. Le modèle Ex-PLISSIT peut apporter, avec ses limites dont les professionnels peuvent en juger par eux-mêmes, des propositions d'actions pour l'ergothérapeutes.

De manière plus personnelle, cette recherche m'a permis de faire preuve d'introspection. En effet, lors de la rédaction du cadre expérimental, je me suis demandée ce que chaque élément m'apporterait. De manière frappante, je n'imaginai pas au début de ce travail que le mot « sexualité » pouvait avoir autant de définitions.

Lorsque je me projette dans ma future pratique professionnelle, je considère être plus à l'aise dans la thématique de la sexualité. Avec les recherches effectuées, je me sens prête à exposer la sexualité comme occupation auprès des personnes et de faire-valoir mes compétences professionnelles, dans cette thématique, auprès de mes futurs collègues. La connaissance du modèle Ex-PLISSIT pourra m'apporter un soutien afin d'adopter une méthodologie identique pour aborder la sexualité.

La démarche initiale de ce travail était de repousser mes propres représentations sur ma future profession. Au commencement de cet écrit, je ne connaissais pas réellement le rôle que l'ergothérapeute pouvait jouer face à la sexualité. L'intérêt pour une occupation qui m'était mal connue et tabou, dans mes représentations originales, me pousse davantage à me questionner sur de nouvelles pratiques. Grâce à cela, ma curiosité professionnelle est encouragée. Enfin, je souhaite conserver cette curiosité qui me donne l'opportunité de faire preuve d'introspection afin de constamment m'améliorer en tant que professionnelle.

CONCLUSION

La sexualité est un fondement de l'être humain. Pourtant, souvent vulgarisée, ses autres aspects sont mal connus. En effet, les représentations sociales tendent à penser que la sexualité correspond à l'acte sexuel uniquement. Ce n'est pas forcément le cas lorsque l'intérêt est porté à la confrontation de diverses définitions. En réalité, la sexualité est une occupation complexe et intime qui se définit de manière subjective en fonction des personnes. Grâce à son approche *top down*, l'ergothérapeute porte une attention particulière aux occupations identifiées par l'individu. La sexualité peut alors être assimilée à une occupation. Ainsi, il est important de considérer les représentations de la personne pour effectuer un accompagnement correspondant à ses envies et besoins.

Dans le but de faciliter la relation entre l'ergothérapeute et la personne, le modèle Ex-PLISSIT propose une méthodologie d'approche en quatre étapes (autorisation, informations restreintes, suggestions spécifiques et thérapie intensive) ainsi qu'une boucle de rétroaction. Cette stratégie a pour objectif d'accompagner la personne selon son rythme et d'effacer les barrières intimes pour favoriser un accompagnement thérapeutique. De plus, une boucle de rétroaction est incluse dans ce modèle. Elle a pour but d'évaluer le niveau d'aisance du professionnel et de la personne accompagnée afin que l'ergothérapeute ajuste son accompagnement si nécessaire.

Les résultats de la recherche ont montré que le modèle Ex-PLISSIT peut apporter une méthodologie d'approche aux ergothérapeutes professionnellement isolé dans l'accompagnement à la sexualité, ayant une expérience professionnelle inférieure à trois ans et dont la stratégie d'approche est plus laborieuse.

Cependant, nous pouvons remarquer que le sujet de la sexualité en ergothérapie est peu soulevé en France. En effet, peu de textes sont publiés notamment. Il serait intéressant de comprendre pourquoi les ergothérapeutes semblent peu concernés par cette occupation.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

- ❖ Bajos, N., Bozon, M. (2008). Sexualité, genre et santé : Les apports de l'enquête « Contexte de la sexualité en France ». In : *Enquête sur la sexualité en France* (p.579-601). Paris : La découverte
- ❖ Bajos, N., Ferrand, M., Andro, A. et al. (2008). La sexualité à l'épreuve de l'égalité. In : Bajos, N. et al.. *Enquête sur la sexualité en France*. (p.545-576). Paris : La découverte
- ❖ Billé, M. (2019). L'intimité mise à nue. In : Jean, M. et al.. *L'intimité menacée ?*. (p.29-46). ERES
- ❖ Bourguignon, O. (2010). L'intime, le corps et la relation de soin. In : Hirsch E.. *Traité de bioéthique*. (p.84-95). ERES
- ❖ Bouti, C. et Pilon, N. (2014). La prise en compte de la sexualité : du tabou aux possibles. In : Jacquemin, D. et al.. *Manuel de soins palliatifs* (p.915-924). Dunod
- ❖ Bozon, M. et Le Van, C. (2008). Orientations en matières de sexualité et cours de la vie. Diversification et recomposition. In : Bajos, N. et al.. *Enquête sur la sexualité en France*. (p.529-543). Paris : La découverte
- ❖ Châtel, T. (2010). Ethique du « prendre soin » : sollicitude, care, accompagnement. In : Hirsch, E.. *Traité de bioéthique : I -fondements, principes, repères* (p 84-94). Eres.
- ❖ Davis, S. et Taylor, B. (2005). From PLISSIT to Ex-PLISSIT. In : Davis, S. *Rehabilitation. First edition. The use of Theories and Models in practice : Models in Practice*. (Première édition, p.101-113). Elsevier.
- ❖ Dubois B., Thiébaud Samson S., Trouvé E. et al. (2017). Glossaire : approche top-down et bottom-up. In : Dubois B., Thiébaud Samson S., Trouvé E. et al.. *Guide du diagnostic en ergothérapie*. (p.73).Paris : DeBoeck.
- ❖ Meyer, S. (2013). Le projet terminologie de ENOTHE. In : Meyer, S.. *De l'activité à la participation* (p.3-20). Belgique : De Boeck

- ❖ Organisation mondiale de la santé (OMS) (2001). Activité et participation : Relation et interaction avec autrui. In : OMS. *Classification Internationale du Fonctionnement (CIF)*. (p.125-126 et 163-167) Genève : OMS
- ❖ Pierce, D. (2016). La science de l'occupation : Une base de connaissances disciplinaires puissante pour l'ergothérapie. In : Pierce, D. *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (p.23-32). Belgique : De Boeck
- ❖ Vienne, J-M. (2019). Qu'est-ce que l'intimité ? In : Jean, M. et al.. *L'intimité menacée ?*. (p.11-18). ERES

ARTICLES :

- ❖ Annon, J. (1976). The PLISSIT Model : A proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2(1), p.1-15.
- ❖ Bozon, M. et Leridon, H. (1993). Les constructions sociales de la sexualité. *Population*, 48(5), p.1173-1195. DOI : 0.2307/1534174
- ❖ Brown, T. et Chien, C-W. (2010). Top-down or bottom-up occupational therapy assessment : which way do we go ? . *British Journal of Occupational Therapy*, 73(3), p.95. DOI : 10.4276/030802210X12682330090334.
- ❖ Charret, L. et Thiébaud Samson, S. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*, 1 (45), p.17-36.
- ❖ Dupras, A. (1986). Le tabou d'incentre ou la politique de l'interdit sexuel dans un centre hospitalier de soins prolongés. *Service social*, 35(3), p.457-474
- ❖ Jackson, S. (Traduit de l'anglais par Delphy, C.) (2015). Genre, sexualité et hétérosexualité : la complexité (et les limites) de l'hétéronormativité. *Nouvelles questions féministes*, 34(2), p.64-81.
- ❖ Mignet, G. (2015). Construire l'ergothérapie de demain en s'appuyant sur les données probantes : l'adaptation et la validation transculturelle d'un instrument d'évaluation, un exemple de méthodologie. *La revue française de l'ergothérapie* (59), p.47-52

- ❖ Paul, M. (2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique : l'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Recherche en soins infirmiers*, 110(3), p.13-20
- ❖ Trouvé, E., Offenstein, E. et Agati N (2015). L'ergothérapeute de demain en France. *La revue française de l'ergothérapie* (59), p.5-11
- ❖ Wacheux, F. et Kosremelli Asmar, M. (2007). Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire. *Conférence internationale en Management Beyrouth* (p.1-19)
- ❖ Will, T., Soullignac, R., Barrelet.L et al. (2006). La sexualité vue à travers le constructivisme social. *Sexologies*, 15, p.273-278. DOI : 10.1016/j.sexol.2006.04.003

AUTRES REFERENCES :

- ❖ AIUS (2020). Enseignements de sexologie [en ligne]. Disponible sur : <https://www.aius.fr/v3/enseignements/informations.asp> (Consulté le 11/01/2020)
- ❖ ANFE (2019). *Règles professionnelles des ergothérapeutes*. ANFE. Disponible sur : https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/Regles_professionnelles_ergotherapeutes.pdf (Consulté le : 13/02/2020).
- ❖ *Arrêté n°0156 du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat en ergothérapeute*. (2010). JORF, 8 juillet, p.12558. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&categorieLien=id>
- ❖ CERFPA – Centre Privé d'Enseignement par Correspondance Sous Contrôle Pédagogique de l'Etat (2020). *Sexologue* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.cerfpa.com/formation/correspondance/sexologue.htm> (Consulté le 11/01/2020)
- ❖ Conseil de l'Ordre des médecins (2019). Exercer la médecine en France [en ligne]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/carriere/exercer-medecine-france> (Consulté le 13/05/2020)

- ❖ *Décret n°2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus covid-19.* (2020). JORF, 17 mars. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041728476&dateTexte=&categorieLien=id>
- ❖ *Gérontologie en institution* (2001). Maslow, Henderson, Soins [en ligne]. Disponible sur : <http://papidoc.chic-cm.fr/573MaslowBesoins.html> (Consulté le 18/01/2020)
- ❖ Google (2020). *Sexualité* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.google.com/search?q=sexualit%C3%A9&oq=sexualit%C3%A9&aqs=chrome.69i59l3j69i57j69i65l3j69i61.1563j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8> (Consulté le 10/05/2020)
- ❖ INSEE (2019). *Accès et utilisation de l'internet dans l'Union européenne en 2018* [en ligne]. Disponible sur : <https://insee.fr/fr/statistiques/2385835#tableau-figure1> (Consulté le 10/05/2020)
- ❖ Institut de sexologie Jacques Waynberg (2019). *Le programme* [en ligne]. Disponible sur : <https://sexologies.fr/devenir-sexologue/le-programme/> (Consulté le 11/01/2020)
- ❖ Legendre Lepinoy, C. (2019). *Sexualité et blessure médullaire : Comment l'accompagnement sexuel peut-il influencer la qualité de vie de la personne ?* (Diplôme d'Etat en Ergothérapie, Université de Rouen, Institut de Formation en Ergothérapie, Rouen). Disponible sur : https://www.anfe.fr/components/com_gestionmemoire/files/LEGENDRE%20LEPINOY%20Charline%20E16-10_ebd648143cae8633c5e609a04d7fc2df.pdf
- ❖ Muslemani, S., Berniquez, E., Cloutier, J. et al.. (2019). *Guide de pratique en ergothérapie - Favoriser la sexualité et la vie amoureuse des adultes présentant une maladie neuromusculaire.* Saguenay : Groupe de recherche interdisciplinaire sur les maladies neuromusculaires (GRIMN)
- ❖ OMS (2015). *Communication brève relative à la sexualité (CBS) : Recommandations pour une approche de santé publique.* Espagne : OMS
- ❖ Réseau international sur le Processus de production du handicap (2020). *Concepts-clefs* [en ligne]. Disponible sur : <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/concepts-cles/> (Consulté le 02/01/2020).

❖ WFOT (2012). About Occupational Therapy [en ligne]. Disponible sur : <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy> (Consulté le 10/12/2019)

ANNEXES

ANNEXE I	1
ANNEXE II	4
ANNEXE III	7
ANNEXE IV	9

ANNEXE I : TABLEAU DES INDICATEURS RECHERCHES

THEMES	INDICATEURS	OBJECTIFS A ATTEINDRE	QUESTIONS CORRESPONDANTES
Identification de la pratique ergothérapique	<p>Modèles basés sur une approche <i>top down</i></p> <p>Modèles basés sur un approche <i>bottum up</i></p> <p>Identification d'un modèle précis</p>	Caractériser les outils et modèles principaux de la pratique de l'ergothérapeute.	<p>Quels modèles de pratiques en ergothérapie utilisez-vous ?</p> <p>Relance :</p> <p>Que vous apportent-ils ?</p>
Sexualité	<p>Polysémie du mot</p> <p>Tabou</p> <p>Intimité</p> <p>Subjectivité de la définition</p>	Caractériser précisément la définition subjective du professionnel.	Comment définissez-vous la sexualité ?

<p align="center">Lien ergothérapie et sexualité.</p>	<p>Occupation</p> <p>Activité de vie quotidienne</p> <p>Besoin de l'Homme</p>	<p>Comprendre sur quels fondements, l'ergothérapeute base sa pratique envers cette occupation.</p>	<p>Pourquoi abordez-vous la sexualité dans votre pratique ?</p>
<p align="center">Approche de l'ergothérapeute sur le thème de la sexualité</p>	<p>Stratégies mise en place pour parler de la sexualité</p> <p>Personne abordant le sujet en premier : le professionnel (<i>selon le modèle Ex-PLISSIT</i>)</p> <p>Problématiques rencontrées</p> <p>Limites professionnelles</p>	<p>Identifier tous les aspects du début de relation.</p> <p>Identifier la personne qui aborde la sexualité en premier.</p> <p>Collecter les difficultés rencontrées.</p>	<p align="center">Relance :</p> <p align="center">Comment abordez-vous la sexualité ?</p> <p align="center">A quels moments abordez-vous la sexualité ?</p> <p align="center">Par qui la thématique est abordée en premier ?</p> <p align="center">Quels sont les freins à la relation ? Comment les contournez-vous ?</p> <p align="center">Par conséquent, évaluez-vous votre pratique ? De quelle manière ?</p>

	Auto-questionnement qui amène à la veille professionnelle (<i>selon le modèle Ex-PLISSIT</i>)	Lier la pratique de l'ergothérapeute aux étapes du modèle Ex-PLISSIT afin d'identifier si le professionnel utilise implicitement le modèle ou non.	
Organisation du travail en équipe	Travail équipe Collaboration Pluriprofessionnalité	Récolter les informations qui concerne les limites que l'ergothérapeute se donne sur la thématique de la sexualité.	Lorsque la thématique de la sexualité est abordée, travaillez-vous seule ou en équipe ? Relance : Comment cela s'organise ? Considérez-vous que certaines problématiques dépassent vos compétences ?

ANNEXE II : GUIDE D'ENTRETIEN

Consigne inaugurale :

Bonjour,

Je m'appelle Henriette MICHEL et je suis actuellement en troisième année d'ergothérapie à l'IFE de La Musse à Evreux. Je vous sollicite dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche et plus particulièrement pour la phase expérimentale.

Cet entretien semi-directif contient 5 questions et est estimé à 20 minutes environ. Même si vous m'avez retourné le formulaire de consentement rempli et signé, je vous rappelle que tous éléments transmis durant cet entretien seront anonymisés et que si vous le souhaitez, vous pouvez mettre fin à notre échange à tout moment. Etes-vous toujours d'accord pour l'enregistrement audio de notre échange ?

Je m'intéresse à la mise en œuvre des stratégies par l'ergothérapeute lorsqu'il aborde et accompagne un individu dans le thème de la sexualité. A noter qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses et que je ne suis pas ici pour juger vos propos mais seulement pour les recueillir.

Avant de commencer l'entretien, il faut que je m'assure que votre profil est éligible à ma recherche :

- Possédez-vous un diplôme d'Etat français en ergothérapie ?
- Etes-vous ergothérapeute pratiquant ou ayant pratiqué en France ?
- Avez-vous déjà abordé et accompagné une personne sur le thème de la sexualité en ergothérapie ?

Questions :

- 1) Quel(s) modèle(s) de pratique utilisez-vous ?
 - a. Que vous apportent-ils ?
- 2) Comment définissez-vous la sexualité ?
- 3) Pourquoi abordez-vous la sexualité dans votre pratique ?
 - a. Et comment l'abordez-vous ?

- b. A quel moment abordez-vous la sexualité ?
 - c. Par qui la thématique est abordée en premier ?
 - d. Quels sont les freins à la relation ? Comment les contournez-vous ?
 - e. Par conséquent, évaluez-vous votre pratique ? De quelle manière ?
- 4) Lorsque la thématique de la sexualité est abordée, travaillez-vous seule ou en équipe ?
- a. Comment cela s'organise ?
 - b. Considérez-vous que certaines problématiques dépassent vos compétences ?
- 5) Connaissez-vous le modèle Ex-PLISSIT ?

Si l'ergothérapeute ne connaît pas : Lors de mes recherches, j'ai découvert le modèle Ex-PLISSIT qui propose une schématisation conceptuelle aux professionnels souhaitant aborder le sujet de la sexualité avec une personne. Cette méthodologie se divise en 4 étapes où les informations transmises au sujet de la sexualité sont de plus en plus adaptées à la personne). De plus, il y a une boucle de rétroaction dans laquelle le professionnel effectue un questionnement de sa pratique. C'est un modèle très dynamique où le professionnel suit le rythme de la personne et doit donc adapter sa stratégie d'approche constamment.

Caractéristiques socio-démographiques :

- Où avez-vous été diplômé(e) ?
- Depuis combien d'année exercez-vous ?
- Dans quel secteur travaillez-vous ? Depuis combien de temps ?
- Dans quels autres types de structure avez-vous travaillé et pendant combien de temps ?
- Quel âge avez-vous ?

Conclusion de l'entretien :

Nous avons à présent terminé l'entretien. Souhaitez-vous ajouter quelques choses ? Avez-vous des questions ? Seriez-vous intéressé(e) pour obtenir un retour de mon mémoire d'initiation à la recherche ? (Si oui) Pourriez-vous me donner les coordonnées correspondantes au moyen de communication que vous préférez ? Je vous remercie grandement du temps accordé, de votre disponibilité et de l'intérêt porté à mon sujet de mémoire d'initiation à la recherche.

Si cela vous intéresse, un groupe d'ergothérapeutes québécois a rédigé un guide de pratique, vous pouvez facilement le trouver sur internet sous le nom de : Guide de pratique en ergothérapie : favoriser la sexualité des adultes présentant une maladie neuromusculaire. C'est appliqué à une population en particulier mais le modèle Ex-PLISSIT y est très bien expliqué.

Je vous souhaite une bonne journée/fin de journée/après-midi/soirée...

ANNEXE III : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité(e) à participer à un projet d'initiation à la recherche. Ce document vous renseigne sur les modalités de ce projet. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet d'initiation de recherche, vous devez signer le consentement à la fin de ce document. Un exemplaire devra être remis à la personne responsable de cette recherche et un exemplaire devra être conservé par vos soins.

Ce projet est mené par Madame MICHEL Henriette. Ce projet ne fait l'objet d'aucun financement et aucune compensation financière ne sera distribuée pour la participation. L'étude porte sur **la mise en œuvre des stratégies par l'ergothérapeute lorsqu'il accompagne un individu dans le thème de la sexualité.**

Votre participation consiste en un entretien semi-directif comprenant 5 questions et dont la durée est estimée à 40 minutes. Cet entretien se déroulera à votre convenance et selon vos disponibilités : soit par rencontre physique, téléphonique ou par visio-conférence.

Cette rencontre fera l'objet d'un enregistrement audio soumis à votre accord. Cet enregistrement sera exploité exclusivement pour ce projet. A l'issue de ce travail, l'enregistrement audio sera détruit ainsi que toutes notes pouvant découler de cet enregistrement ou de l'entretien.

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est que de donner de votre temps. Votre participation se base sur le volontariat, vous êtes donc libre, à tout moment de mettre fin à l'entrevu sans avoir à justifier votre décision.

Seuls les propos nécessaires à l'élaboration de cette initiation à la recherche seront recueillis. Tous les renseignements recueillis au cours de l'entretien demeureront strictement confidentiels.

Si vous le souhaitez, les résultats obtenus à la suite de cette étude vous seront envoyés selon les conditions que vous souhaitez.

Vous êtes invités à remplir et signer le consentement suivant puis d'en garder un exemplaire pour vous et d'en envoyer un à Madame MICHEL Henriette.

OBTENTION DU CONSENTEMENT

Je soussigné(e),

.....
..... déclare participer librement et de façon éclairée, à l'entretien mené par Madame MICHEL Henriette, étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'institut de formation en ergothérapie (IFE) de l'Hôpital La Musse, 27000 Saint-Sébastien-de-Morsent. Par ce document, je déclare :

Être consentant(e) et avoir pris connaissance du domaine d'étude sur la mise en œuvre des stratégies par l'ergothérapeute lorsqu'il aborde et accompagne un individu dans le thème de la sexualité

Être volontaire et avoir compris d'avoir la possibilité d'interrompre l'entretien à tout moment sans justification.

Autoriser Madame MICHEL Henriette à enregistrer vocalement notre entretien. Les données obtenues seront anonymisées puis supprimées dès retranscription écrite. Ces données seront utilisées dans le seul cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche.

Le/..../2020 à

Signature de l'étudiant (interviewer) :

MICHEL Henriette
Etudiante en 3^{ème} année
IFE de La Musse
0679948352
henriette.michel27@gmail.com



Signature de l'interviewé :

ANNEXE IV : RETRANSCRIPTION TYPE D'ENTRETIEN

E3 : Allô ?

Henriette : Oui allô Madame.X

E3 : Oui.

Henriette : Oui, c'est Henriette MICHEL.

E3 : Bonjour.

Henriette : Bonjour. Euh... du coup, on va reprendre un petit peu pour que je puisse réexposer les choses. Alors du coup moi je m'appelle Henriette, je suis en 3e année d'ergothérapie à l'IFE de La Musse et je vous sollicite dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche. Donc ça va être un entretien semi-directif qui a 5 questions environ et je l'ai un estimé à 20 minutes.

E3 : Ok.

Henriette : Est-ce que ... par contre j'ai pas reçu votre mail de retour sur ...

E3 : Non, je suis désolée, je viens juste d'y penser. Je vais le renvoyer juste après l'entretien.

Henriette : D'accord, pas de soucis, bon bah pas de problème. Du coup je vous le dis quand même que tous les éléments transmis durant cet entretien seront anonymisés et que si vous le souhaitez-vous pouvez mettre fin à notre échange. Et est-ce que vous êtes d'accord pour que j'enregistre notre échange ?

E3 : Oui, pas de soucis.

Henriette : Merci alors en fait moi je m'intéresse à la mise en œuvre des stratégies par l'ergothérapeute lorsqu'il aborde et accompagne un individu dans le thème de la sexualité.

E3 : D'accord.

Henriette : Donc à noter qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses mais que je suis juste ici pour recueillir vos propos.

E3 : Ok.

Henriette : Donc avant de commencer l'entretien, il faut que je m'assure que votre profil soit éligible à ma recherche.

E3 : Bien sûr.

Henriette : Donc est-ce que vous possédez un diplôme d'Etat français en ergothérapie ?

E3 : Oui, j'ai un diplôme français depuis 9mois.

Henriette : D'accord. Est-ce que vous êtes ergothérapeute pratiquant ou ayant pratiqué en France ?

E3 : Oui

Henriette : Et est-ce que vous avez déjà accompagner une personne sur le thème de la sexualité en ergothérapie ?

E3 : Oui.

Henriette : Ok. Donc on va pouvoir commencer donc moi j'ai une première question euh... quel(s) modèle(s) de pratique utilisez-vous ?

E3 : Euh ... je me base principalement sur la MCRO.

Henriette : OK. *silence*

E3 : Je ne sais pas si ça répond à votre question.

Henriette : Oui, oui. Et qu'est-ce qu'il vous apporte du coup ce modèle ?

E3 : Euh... d'abord, je vais vous replacer dans le contexte, j'ai fait mon mémoire moi-même sur l'accompagnement à la sexualité en ergothérapie.

Henriette : D'accord.

E3 : Donc c'est ces recherches-là qui m'ont vraiment sensibilisées au sujet. Et donc c'est très important pour moi de pouvoir bah du coup utiliser toutes les connaissances et les recherches que j'ai fait dans ma pratique maintenant que je suis professionnelle. Mais je me rends compte que c'est pas toujours bien accueilli, c'est un sujet qui est encore très tabou en France. Et euh... du coup la MCRO ça me permet, en partie, de me justifier, je ne devrais pas à avoir à le faire, mais ça permet en partie de justifier mes actions d'accompagnements sexuels et de montrer que la sexualité est bien une occupation, qu'elle fait donc bien partie du domaine de l'ergothérapeute et que oui je peux préconiser des aides techniques sexuelles ou des choses comme ça et que ça peut surprendre mes collègues mais que je reste dans mon domaine de compétences.

Henriette : D'accord ok.

E3 : Vous voyez ce que je veux dire ?

Henriette : Oui, oui d'accord très bien. Donc du coup ce modèle là ça vous permet un peu de justifier votre pratique ?

E3 : Oui, c'est dans les textes de la MCRO, ils disent bien que la sexualité fait partie des soins personnels et que ça fait donc partie des champs de compétences de l'ergothérapeute.

Henriette : D'accord, ok. *silence*. Pardon *rire* et du coup comment est-ce que vous, vous définissez la sexualité ?

E3 : *rire* Euh ... par pour moi la sexualité euh ... c'est difficile comme question. Euh pour moi, la sexualité c'est une activité assez globale euh ... qui peut être à visée de procréation ou de prise de plaisir, ça peut être quelque chose qui peut être fait seul comme la masturbation ou avec un ou plusieurs partenaires et euh ... Je pense qu'il y a un aspect social très important dans la sexualité, un aspect physique également et euh... souvent, on a tendance à dire que si la personne elle a pas de sexualité ben seulement la masturbation pourrait suffire alors que finalement non. Il y a aussi ce lien social qui est très important, la relation à l'autre et voilà.

Henriette : D'accord.

E3 : Je ne sais pas si ça fait une très bonne définition.

Henriette : Si, si mais c'est un peu pour voir pour la suite de l'entretien qu'on parle un peu le même langage.

E3 : Bien sûr.

Henriette : Ok et du coup pourquoi est-ce que vous abordez la sexualité dans votre pratique ?

E3 : Pardon ?

Henriette : Pourquoi est-ce que vous abordez la sexualité dans votre pratique ?

E3 : Ah ! Pourquoi. Euh pour moi la sexualité ça peut pour certaines personnes être une occupation euh... une occupation importante donc une activité signifiante et significative de la personne. Je trouve que ça influence grandement la qualité de vie et euh ... du coup pour moi c'est important qu'en tant qu'ergothérapeute j'accompagne la personne dans l'autonomisation et le gain d'indépendance dans toutes les occupations et donc la sexualité peut en faire partie. Et puis je trouve que dans le

domaine médical, on a encore tendance un peu à asexualiser les personnes en situation de handicap et donc je trouve que c'est important que ce soit les professionnels qui entament cette discussion qui n'est pas toujours facile évidemment euh parce que c'est intime et tabou et qu'on peut avoir un peu l'impression d'être intrusif mais je pense que c'est important que ce soit les professionnels qui abordent ce sujet en premier.

Henriette : D'accord. Alors vous comment est-ce que vous l'abordez la sexualité ?

E3 : Alors moi j'essaie systématiquement de l'aborder auprès de tous mes patients, toutes pathologies confondues. Euh, en général, ce que j'essaie de faire c'est d'aborder le sujet sans poser pleins de questions dès le début parce qu'il y a certaines personnes qui vont pas du tout souhaiter avoir un accompagnement à la sexualité et qui vont être gênées qu'on aborde le sujet, c'est pas non plus mon objectif de les forcer à parler de ce sujet-là, si ils n'ont pas de problématiques ou si ils veulent les gérer seuls, grand bien leur fasse. Euh mais du coup ce que je fais c'est que durant le premier entretien, quand je me présente à la personne je présente l'ergothérapie et du coup je donne un peu une vision à la personne de tout ce que l'on va pouvoir travailler ensemble en ergothérapie. Je lui donne plusieurs exemples, comme par exemple on va pouvoir travailler les préhensions, l'aspect cognitif, les différentes activités comme manger, marcher, la sexualité et l'incontinence. Et vous voyez, je le cite comme ça au milieu de plusieurs activités parce que je me dis comme ça la personne elle identifie bien que je peux être un des professionnel avec qui il peut en parler.

Henriette : D'accord.

E3 : Et ensuite, je laisse la personne revenir vers moi si elle a d'autres questions. Souvent, ça marche comme ça en faite, les patients quand il y a une plus grande relation de confiance, on se connaît un peu mieux, ils me disent : « au faite, le premier jour vous m'aviez parlé de la sexualité, voilà j'ai telle problématique est-ce que on peut en reparler maintenant ? ».

Henriette : D'accord. Et donc est-ce que vous pouvez ... Voilà au final moi ma question suivante c'était de savoir à quel moment est-ce que vous aborder la sexualité ? Donc c'est vous au premier entretien ...

E3 : Dès le début.

Henriette : ... et puis après vous laisser la personne revenir vers vous.

E3 : Je laisse la personne revenir, après si, ça ne m'est pas encore arrivé, mais si jamais j'abordais la question et qu'ensuite un autre de mes collègues de l'équipe professionnelle me dit : « voilà j'ai entendu parler de telle problématique sexuelle pour ce patient » je pense que j'irais en reparler en disant : « voilà si vous avez des besoins je suis là n'hésitez pas ». Mais je ne veux pas forcer la personne à parler si elle en ressent pas le besoins.

Henriette : D'accord. Alors c'est vous aussi qui ... qui abordez la thématique en premier ? Avec le patient ?

E3 : Oui.

Henriette : Ok. Est-ce que vous avez rencontré peut-être certains freins à la relation fin ... quels sont les freins que vous avez pu rencontrer lorsque vous parlez de sexualité avec un patient ?

E3 : Euh je dirais premièrement la gêne du thérapeute, on a tous nos limites et nos représentations différentes et il se trouve que si le thérapeute est lui-même gêné à l'idée de faire un accompagnement à la sexualité, ça peut être un frein à ce que cet accompagnement se passe bien. Je sais que, par exemple, euh moi j'ai toujours un peu plus de difficultés à faire cet accompagnement là avec des personnes qui ont ma tranche d'âge. Quand on a 2-3ans d'écart avec le patient, déjà je suis un peu moins à l'aise avec la distance thérapeutique, j'ai toujours peur d'être un peu trop ... fin pas avoir la bonne distance et donc aborder la sexualité avec un homme hétérosexuel par exemple de mon âge, je trouve toujours que c'est un peu plus délicat parce que... je ne sais pas, c'est mes propres représentations mais du coup dans ces cas-là, je pense que le thérapeute doit s'en rendre compte et puis qu'il fasse le relais vers un autre de ses collègues, par exemple. Quand je ne suis pas à l'aise comme ça, je sais que je ne pourrais pas proposer un accompagnement sexuel de qualité parce que je serais gênée, je n'oserais pas dire les choses ou pas poser les questions, ce sera pas bénéfique pour la personne du coup dans ces cas-là, quand je sens que moi-même je suis limitée par mes propres représentations, je dis à la personne : « Voilà on pourrait aussi aborder la sexualité ensemble si vous avez des questions particulières vous pouvez vous orienter vers le médecin de la structure ou tel professionnel qui travaille avec nous. ». Comme ça, j'identifie quand même les professionnels vers qui il peut aller pour se confier. Et oh oui, je voudrais ajouter que le principal frein rencontré reste le manque de connaissance des ergothérapeutes français sur la physiologie de la sexualité, la sexualité en situation de handicap et l'accompagnement sexuel.

Beaucoup d'étudiants et de professionnels ne considèrent pas la sexualité comme une occupation, ils 'n'ont pas de formations sur le sujet et ils ne l'incluent donc pas dans leur pratique. C'est ce manque de formation qui participe à l'asexualisation des personnes en situation de handicap. Si les professionnels ne savent pas qu'il existe des aides techniques à la sexualité ou des solutions face à la misère sexuelle, ils ne peuvent pas les proposer.

Henriette : D'accord.

E3 : Ensuite je dirais, bah la gêne de la personne parce que si elle ne veut pas parler de sa problématique et qu'il n'y a pas une acceptation de ses problématiques sexuelles, je pense, par exemple, à certains hommes qui ont des troubles érectiles euh parfois ils sont ... complètement dans le déni de cette situation et ils ne peuvent pas en parler car c'est quelque chose qui les affecte de trop. Dans ces cas-là, je trouve qu'il faut laisser le temps à la personne d'accepter comme toutes autres problématiques qu'il peut avoir par rapport à son handicap et il ne faut pas brusquer les choses et lui laisser temps d'accepter la situation et de vouloir trouver des solutions.

Henriette : D'accord, Ok.

E3 : Et ensuite, il y a une gêne institutionnelle aussi.

Henriette : Ok. Est-ce que vous vous pouvez m'en dire un petit peu plus ?

E3 : Euh ... pour l'instant je trouve que c'est vraiment tabou l'accompagnement sexuel. J'ai travaillé dans 2 structures et les 2 fois où j'ai voulu le faire en disant : « j'ai fait un mémoire là-dessus, je m'y connais, j'y vais » Euh... j'ai vraiment été ... fin on m'a demandé de justifier mes actions, pourquoi est-ce que je faisais l'adaptation d'un sextoys par exemple ou pourquoi est-ce que je préconisais un lit médicalisé double à une patiente célibataire paraplégique et donc j'ai dû justifier mes actions que je prenais en compte la sexualité, que ça faisait partie de la qualité de vie et que ça faisait partie de mon domaine de compétences. C'est vraiment un accompagnement aussi justifiable que tous le reste de nos actions.

Henriette : D'accord.

E3 : Alors qu'habituellement quand je travaille la confection des repas avec quelqu'un, personne ne vient me dire : « Dis-moi, est ce que tu pourrais m'expliquer pourquoi est-ce que tu travailles la cuisine avec telle personne en tant qu'ergo. ». Ça paraît naturel. Mais sur le domaine de la sexualité, il faut que l'on se justifie encore.

Henriette : Donc c'est un peu une bataille au quotidien ?

E3 : *rire*. Bah après, une fois que les explications ont été faites et que les gens ont bien compris pourquoi est-ce qu'on le faisait, je pense que ça se passe mieux. Mais au départ, ça surprend.

Henriette : D'accord. Et du coup vous me parliez de la gêne du thérapeute, est-ce que vous, vous avez ...

E3 : Comment ?

Henriette : Vous n'avez pas compris ?

E3 : Non, non je vous écoute.

Henriette : D'accord, pardon. Vous parliez de la gêne du thérapeute et que vous orientez donc le patient vers d'autres professionnels. Est-ce que vous avez mis d'autres stratégies en place pour être plus à l'aise par exemple ou pas ?

E3 : Euh... je sais par exemple, une fois il y avait un patient qui avait mon âge et il m'interrogeait sur des positions qu'il pouvait pratiquer parce qu'il avait une lombalgie chronique et euh... et j'ai été gênée et du coup j'ai décidé d'utiliser des supports papier qui pouvaient illustrer certaines positions. Je lui ai donné et je lui ai dit que si il avait des questions, il pouvait revenir vers moi. Je pense qu'avec un autre patient, j'aurais regardé les illustrations avec lui, je lui aurais décrit, j'aurais peut-être même proposé euh... qu'il, j'en sais rien qu'il se place sur le plan Bobath pour que je vérifie si son dos était bien protégé ou des choses comme ça. Mais là, comme j'étais gênée, j'ai préféré utiliser un support papier que je lui ai confié un peu et que, voilà. Et tout en restant disponible pour ses questions bien-sûr mais j'ai pas osé aller autant dans ... Pas dans la mise en situation, ce serait mal venu de dire ça mais *silence*. Je sais pas comment dire.

Henriette : D'accord, je vois bien.

E3 : J'ai abordé différemment le sujet.

Henriette : D'accord et est-ce que, le patient question, est-ce qu'il est revenu vers vous après ou pas ?

E3 : Euh oui il m'a dit qu'il avait, qu'il avait bien regardé la plaquette et qu'il avait pas de question et qu'il avait essayé avec une partenaire et qu'il ne c'était pas fait mal.

Henriette : D'accord. Par conséquent est-ce que vous vous évaluez votre pratique un peu dans le domaine de la sexualité ?

E3 : Euh alors je le fais dans le cadre de la MCRO, je sais pas si vous voyez l'évaluation de la MCRO ?

Henriette : Pas précisément mais je vous écoute.

E3 : C'est une évaluation qu'on fait souvent passer durant l'anamnèse fin durant le premier entretien avec la personne où on lui demande de coter sur une échelle de 1 à 10 sa performance dans l'occupation, c'est comment il arrive à la faire et ensuite on lui demande de coter sa satisfaction par rapport à cette performance et l'importance de cette occupation dans son quotidien. Donc là, la personne par exemple, elle pourra me dire qu'effectivement, elle a un très mauvais rendement sur sa sexualité, qu'elle n'en ai pas satisfaite du tout alors que c'est une activité très importante. Et puis du coup je repasse cette évaluation après l'accompagnement sexuel et donc là je peux avoir un retour de la personne pour voir si sa performance s'est améliorée, si il est plus satisfait ou non. Parce que parfois, c'est arrivé que l'on propose un accompagnement sexuel et que l'on règle entre guillemet la problématique de la personne, par exemple, si elle a un trouble érectile et qu'on lui propose une aide technique qui va lui permettre de retrouver une érection, on peut penser que le problème est réglé mais que pour la personne ça ne correspond pas à ses représentations que ce que devrait être sa sexualité et du coup finalement on n'aura pas réglé le problème. C'est important que l'on s'en rende compte de son ressenti à lui par rapport aux solutions que l'on a proposé.

Henriette : D'accord. Donc en faite vous évaluez votre pratique par le biais de l'évaluation du patient ?

E3 : Par la MCRO, oui.

Henriette : D'accord.

E3 : Après je sais qu'il existe beaucoup d'échelles différentes pour évaluer la qualité de vie sexuelle et l'affectivité mais je trouve que c'est assez intrusif dans la pratique et je trouve que c'est difficile à mettre en place de poser autant de question : « combien de partenaires avez-vous ? », « A quelle fréquence avez-vous des rapports sexuels ? ». Je trouve que c'est intrusif et qu'en plus ça rapporte par forcément la satisfaction de la personne, si on veut vraiment être patient centré, c'est ce ressenti là que l'on veut savoir.

Henriette : D'accord. Du coup une autre question, lorsque la thématique de la sexualité est abordée, est-ce que vous travaillez seule ou en équipe ?

E3 : Euh ça dépend des patients, il y a certains patients pour qui ça va être un sujet très personnel, très intime et tabou et donc je sens assez rapidement qu'ils n'ont pas envie de se confier à plusieurs personnes. Donc dans ce cas-là, j'essaye de respecter leurs souhaits et de pas ... si je peux régler la problématique seule, je le fais seule après en ergothérapie, on ne peut pas tout faire non plus, on n'est pas habilités à proposer des traitements ou un accompagnement psychologique sur ces problématiques-là donc je leur propose en général de pouvoir en parler avec le kiné si c'est une problématique de positionnement, le médecin, l'infirmière, la psychologue. Je pense que dans l'idéal cela devrait être fait en équipe mais il faut faire attention à ce que la personne n'est pas l'impression qu'il y a 10 professionnels qui parlent de sa sexualité quand il n'est pas là et que ça peut être gênant.

Henriette : D'accord, alors comment est-ce que cela s'organise plus précisément ? Si vous voyez que le patient est gêné, est-ce que vous en parlez quand même à l'équipe ?

E3 : Bah dans ces cas-là, alors ça dépend de quelles problématiques aussi particulièrement. Mais je peux lui dire « Pour cette problématique, moi, je peux pas vous aider, par contre le médecin pourrait vous proposer un traitement, qu'est-ce que vous en pensez ? ». S'il me dit qu'il n'est pas prêt du tout à en parler, bah là je respecte le secret professionnel, j'en parle pas à mon collègue. S'il me dit qu'effectivement ça pourrait être une solution qui pourrait être utilisée, je le préviens que je vais en parler au médecin et que l'on va voir en équipe ce que l'on peut lui proposer.

Henriette : D'accord.

E3 : Après je pense que travailler en équipe sur ce sujet, ça permet quand même d'avoir plus de solutions à apporter aux personnes. Ça permet d'avoir une prise en charge plus globale de l'aspect physique, social, psychologique, la sexualité, c'est quelque chose de complexe donc je pense que, plus il y a d'intervenants et différentes spécificités qui interviennent sur le sujet, meilleur sera l'accompagnement.

Henriette : D'accord. Est-ce que vous considérez que certaines problématiques dépassent vos compétences ?

E3 : Oui. En ergo on a un rôle à jouer mais on ne peut pas, tout faire tout seul.

Henriette : Est-ce que vous avez en tête des problématiques pour me donner quelques exemples ?

E3 : Euh... bah par exemple, on est pas du tout habilité à préconiser des médicaments, des traitements chirurgicaux, c'est pas du tout notre lieu. Je réfléchissais, c'est principalement les problématiques que j'ai rencontré pour l'instant. Euh on n'est pas non plus du tout, du tout, habilités à faire de l'assistance sexuelle, il faut bien faire la distinction. Ni à proposer de l'assistance sexuelle puisque c'est illégal euh... et pour l'instant je n'ai pas d'autres problématiques en tête. Ah si aussi sur l'accompagnement psychologique, évidemment, un psychologue ou un psycho-sexologue sera plus habilités que nous à accompagner la personne sur les problématiques identitaires liés à la sexualité par exemple.

Henriette : D'accord, et vous me parliez de l'assistance sexuelle, est-ce que vous avez déjà eu des situations où vous auriez pu avoir besoin d'avoir recours à ce genre de professionnel ?

E3 : Alors euh... il faut bien, selon moi, il faut bien garder en tête que l'assistance sexuelle est quelque chose d'illégale en France.

Henriette : Bien sûr.

E3 : Néanmoins, c'est une solution qui existe face à la misère sexuelle et à une véritable souffrance de certaines personnes. Donc il m'est déjà arrivé d'informer quelqu'un, fin un de mes patient, que l'assistance sexuelle existait, j'ai bien précisé que c'était un service illégal qui pouvait s'apparentait à du travail sexuel comme la prostitution et du proxénétisme. Et donc je ne l'ai pas du tout mis en lien avec une association ou une assistance sexuelle particulière, je lui ai juste précisé que le système existait et que s'il voulait entrer en contact avec une rapide recherche internet, il pourrait trouver ce qu'il cherche. Mais qu'il fallait bien qu'il garde en tête que c'est un service illégal et je pense que mon rôle d'ergothérapeute s'arrête là. Je l'ai informé sur, globalement, sur le côté illégal et sur le fait que ce système existait et ensuite c'est à lui de voir s'il fait la démarche d'en contacter ou non et ce n'est pas mon rôle d'ergothérapeute de l'accompagner là-dedans.

Henriette : Ok.

E3 : Mais je pense quand même que ça peut soulager certaines personnes qui sont dans une véritable souffrance.

Henriette : En fonction des situations, c'est quelque chose qui pourrait être éventuellement nécessaire ?

E3 : Voilà. C'est à la personne de juger.

Henriette : D'accord. Ensuite, alors on va changer un petit peu de sphère. Est-ce que vous connaissez le modèle Ex-PLISSIT ?

E3 : Oui, je le connais de par mon mémoire mais je ne l'ai jamais utilisé.

Henriette : Est-ce qu'il y a une raison particulière ?

E3 : Euh quand j'avais fait des recherches sur le modèle Ex-PLISSIT, j'avais l'impression que c'était vraiment promu pour être quelque chose d'utilisé en équipe et pour l'instant, je n'en suis pas là avec mon équipe *rire*. Euh... oui, je dirais ça, pour l'instant j'ai encore besoin, d'expliquer pourquoi je propose des lits doubles alors entrer dans plus de détails de l'accompagnement sexuel, ça me semble encore difficiles auprès de mon institution et de mes collègues. Mais j'avais trouvé que c'était une bonne méthode qui permettait de vraiment de prendre en compte très globalement la sexualité de la personne et puis d'avoir un accompagnement de bonne qualité et de pouvoir vérifier les actions que l'on mettait en place et leurs portées pour le patient.

Henriette : Ok, alors moi j'ai terminé. J'ai juste quelques petites questions sur les caractéristiques socio-démographiques. Alors, où est-ce que vous avez été diplômé ?

E3 : A Rouen.

Henriette : D'accord, depuis combien d'année est-ce que vous exercez ?

E3 : Euh... juin 2019 alors ça fait moins d'un an.

Henriette : D'accord. Dans quel secteur est-ce que vous travaillez ?

E3 : Euh là je suis en CRMPR.

Henriette : D'accord et depuis combien de temps ?

E3 : 9 mois, pareil.

Henriette : Est-ce que vous avez travaillé dans d'autres structures ?

E3 : J'ai travaillé dans 2 structures mais toutes les 2 en rééducation.

Henriette : Ok. Et quel âge est-ce que vous avez ?

E3 : J'ai 23 ans.

Henriette : Ok, d'accord. Merci beaucoup. J'ai terminé, est ce que vous souhaitez ajouter quelques choses ou est-ce que vous avez des questions ?

E3 : Euh je réfléchis *silence*. Euh je voulais juste rajouter que je pense que le fait de travailler cette problématique là en équipe, ça permet aussi à la personne d'avoir plus d'intervenants auxquels il peut se confier. J'ai quand même remarqué que la plupart du temps, les personnes choisissent un seul intervenant avec lequel elles vont se confier sur ces problématiques-là. Et si tous les professionnels sont à même de réaliser un accompagnement sexuel ou en tout cas participer à cet accompagnement en équipe, ça permet à la personne d'avoir un plus grand choix dans l'accompagnement et l'intervenant avec qui il va se confier. Parce que, par exemple, si il choisi de se confier au kiné parce que il a une meilleure relation avec lui, et que le kiné lui dit « ici, on ne fait pas du tout d'accompagnement », bah c'est dommage, ça gâche ses chances.

Henriette : D'accord.

E3 : Alors que, si tout le monde se sent un peu impliqué avec ses spécificités, là, on a plus de chance. Voilà.

Henriette : D'accord.

E3 : Et puis le fait de travailler en équipe, ça permet d'avoir plus de solutions.

Henriette : Oui, ok.

E3 : Voilà.

Henriette : Est-ce que vous seriez intéressée pour avoir un retour de mon mémoire ou pas ?

E3 : Ah ouais bien sûr.

Henriette : Donc je vous remercie du temps accordé, de votre disponibilité et de l'intérêt porté à mon sujet. Bah j'en ai terminé, alors je vous souhaite une bonne journée et un bon week-end.

E3 : Bonne journée.

Henriette : Merci à vous aussi. Au revoir.

E3 : Au revoir.

**ERGOTHERAPIE ET SEXUALITE :
RENCONTRE AVEC LE MODELE EX-PLISSIT**

MICHEL Henriette

Résumé :

Avec l'évolution des paradigmes, la pratique des ergothérapeutes se base davantage sur les occupations. La sexualité, souvent vulgarisée, est pourtant un fondement de l'être humain et fait partie des occupations d'un individu. Sujet tabou et intime, il peut être compliqué pour un ergothérapeute d'aborder la thématique de la sexualité. L'objectif de cette recherche est de savoir si le modèle Ex-PLISSIT peut proposer une méthodologie aux ergothérapeutes souhaitant accompagner un individu dans sa sexualité.

Pour répondre à cette étude, la méthodologie de recherche choisie est une méthode qualitative avec une approche hypothético-déductive. Ainsi, cinq ergothérapeutes Français ont été sollicités grâce à un entretien semi-directif.

La confrontation des données mène à penser que le modèle Ex-PLISSIT peut apporter une méthodologie aux ergothérapeutes ayant peu d'expérience et professionnellement isolé dans la démarche d'accompagnement à la sexualité.

Mots clefs : Ergothérapie – Sexualité - Modèle Ex-PLISSIT- Méthodologie d'approche

Occupational therapy and sexuality: meeting with the Ex-PLISSIT model

Abstract:

Presently, the practice of occupational therapists has become more occupation-based. Sexuality is a foundation of humans beings and an occupation. Even though, it is often popularized, sexuality can become a taboo and still remains an intimate subject. For this reason, it may be difficult for occupational therapists to address this specific topic. The aim of the study is to determine whether the Ex-PLISSIT model can offer a methodology to occupational therapists who support people in their sexual life. To address this issue, a qualitative research method with hypothetico-deductive approach was used. Five French occupational therapists were interviewed through semi-structured interviews. The combination of theoretical and empirical data shows that Ex-PLISSIT model thus may provide a useful tool in supporting sexuality, especially for inexperienced occupational therapists and professionally isolated.

Keywords: Occupational therapy – Sexuality - Ex-PLISSIT model – Approach methodology