



Mémoire d'initiation à la recherche pour l'obtention de l'UE 5.4 du semestre 6  
de la formation en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

Quelle est la place de l'accompagnement sexologique dans le  
processus d'intervention de l'ergothérapeute en France ?

par Kaëna LOIL

Directeur de mémoire : Docteur Claire CEZARD, Médecine Physique et de  
Réadaptation et Sexologie

Institut de Formation en Ergothérapie  
-TOULOUSE-

Promotion 2020-2023

15 mai 2023

## **Incantation**

Corps mon corps  
pourquoi tu m'abandonnes  
le coeur au bord de l'océan  
Coeur mon coeur  
pourquoi tu me délaisses  
le corps au bout du néant  
Chaque jour je meurs un peu plus  
jusqu'à la renaissance du temps  
ainsi va la vie du vivant  
ainsi va le bonheur humblement

**Marcel Nuss**

“Les attitudes et les perceptions sociétales sont dictées par l'éducation et les connaissances, s'il n'y a pas d'exposition à la sexualité et au handicap, il s'ensuit que la société aurait une compréhension étroite de ces questions. D'autres recherches devraient se concentrer sur la meilleure façon d'éduquer et d'informer tous les membres de la société.” (Esmail et al., 2010)

# Remerciements

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance aux personnes suivantes pour leur aide, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire:

Ma directrice de mémoire, Claire Cézard, que je remercie profondément car elle m'a été d'une ressource et d'une aide précieuse tout au long de ce travail de recherche, d'une efficacité et d'une disponibilité à toute épreuve. Je n'aurais pas pu espérer meilleur accompagnement que le sien.

Mes formateurs originaux et surtout géniaux, pour ces 3 années de formation, la transmission de valeurs et l'alimentation d'une vocation; Clémence Chassant, Alfredo Letellier, Sabrina Maurel-Techene et Jean-Michel Caire (notamment pour la diffusion de mon questionnaire auprès de ses contacts et connaissances en ergothérapie, qui m'a grandement aidé).

Les 139 personnes ayant participé à notre étude en répondant au questionnaire. Leur participation était primordiale et je les remercie d'avoir pris ce temps.

Les ergothérapeutes qui m'ont accueillie en stage et qui m'ont poussée, d'une façon ou d'une autre, dans la réflexion et dans la pratique professionnelle.

Mes parents et mon frère pour leurs encouragements, leur soutien et leur amour inconditionnel, ainsi que le reste de ma famille, qui a toujours été présente et soutenante pour moi.

Mes ami.e.s Lou, Thomas, Agathe L. pour leur relecture et leur soutien.

L'ensemble de mes proches pour leur amour et leur authenticité, avec une pensée toute particulière pour Malvina, Jérôme & Boris qui m'ont apporté le soleil et la positivité au quotidien.

# Table des matières

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Première partie : les notions formelles.....</b>	<b>2</b>
I - Sexualité en situation de handicap.....	2
1 - Quelques notions.....	2
2 - Sexualité et situation de handicap en situation de vie réelle.....	5
II - Ergothérapie et Accompagnement à la sexualité.....	7
1 - Ergothérapie, la profession.....	7
2 - Ergothérapie et santé sexuelle.....	8
3 - Ergothérapie, la formation sexologique.....	9
4 - Ergothérapie et sexualité : l'intervention.....	10
<b>Deuxième partie : étude.....</b>	<b>12</b>
I - Objectif de l'étude (primaire et secondaires).....	12
1 - Objectif primaire.....	12
2 - Objectifs secondaires.....	12
II - Matériels et méthodes.....	12
1 - Questionnaire.....	12
2 - Critères d'inclusion et d'exclusion.....	13
3 - Analyse statistique.....	14
III - Résultats.....	14
1 - La population en étude.....	14
2 - La confrontation aux problématiques sexuelles.....	15
3 - Les problématiques sexuelles rapportées.....	16
4 - La réponse à ce type de situation.....	18
5 - La formation reçue sur les troubles liés à la sexualité et leur prise en charge.....	20
6 - L'intervention.....	21
7 - Le sens donné à la pratique.....	21
8 - L'abord du sujet.....	23
9 - Une formation en sexologie.....	24
IV - Discussion.....	25
1 - Résultats détaillés.....	25
2 - Limites de l'étude.....	32
3 - Points forts de l'étude.....	33
4 - Ouverture.....	33
<b>Conclusion.....</b>	<b>36</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>37</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>44</b>
<b>Résumé.....</b>	<b>50</b>



# Introduction

Mon questionnement et ma réflexion sur la place de l'accompagnement sexologique dans le processus d'intervention de l'ergothérapeute se sont peu à peu étayés au cours de ma formation en ergothérapie. En effet, déjà sensible à ce sujet par convictions personnelles, c'est lors de mes différents stages (SESSAD & SSR) que je me suis vue me questionner sur l'évolution future et la satisfaction sexuelle des jeunes qui grandissent avec une situation de handicap. Par ailleurs, j'ai assisté à des représentations artistiques sur le thème de la sexualité en situation de handicap telle que : La pièce de théâtre « Marcel nu... » de Jeanne Videau et Frédéric Naud basé sur l'histoire de vie de Marcel Nuss, les films « Intouchable » (Olivier Nakache et Éric Toledano, 2011) et « Patient » (Grand Corps Malade et Mehdi Idir, 2016) ainsi que le court métrage : « Prends moi » (Anaïs Barbeau-Lavalette et André Turpin, 2014) par exemple. J'ai également participé à l'organisation du WEF 2021 organisé à Toulouse, dont le thème était « Vie intime, affective et sexuelle : quels enjeux et quels moyens en ergothérapie ? », qui m'a beaucoup intéressée au niveau des formations proposées. Mon questionnement a été renforcé après la dispense du cours sur le thème de la sexualité, lorsque j'ai observé l'impact de ce sujet tabou au sein de ma promotion d'étudiants. J'ai ensuite connu l'existence du diplôme universitaire "Intimité et sexualité", qui a tout de suite fait sens pour moi. Il m'apparaît alors que le sujet de la sexualité semble être délicat et complexe, lié aux environnements et contextes dans lesquels il s'inscrit, et qui se plie aux influences des différentes normes sociales, religions, cultures. Un sujet sensible et notamment dans le soin, ce qui constitue pour moi un enjeu majeur, que je souhaite mettre en lumière à travers ce travail de recherche. Le fait est que la sexualité constitue une part importante de la vie humaine et a aussi une influence sur la santé physique, mentale et émotionnelle. Elle peut jouer un rôle essentiel dans les relations humaines et la culture.

L'ergothérapie, science de l'occupation, permet le maintien de la qualité de la vie et du bien-être des personnes. Or la qualité de vie comprend, entre autres, la santé sexuelle et la qualité de vie sexuelle. Je forme alors l'hypothèse selon laquelle l'ergothérapeute peut et devrait intervenir dans le domaine de la sexualité s'il souhaite effectuer un accompagnement holistique des individus. Or, à mon sens, il semble exister un vrai manque de bases cliniques et d'informations sexologiques au niveau de la formation générale en ergothérapie. Pourtant, le besoin d'accompagnement sexologique est bien présent. Des études ont montré une véritable prévalence des dysfonctions sexuelles chez les patients souffrant d'une maladie chronique (Colson, 2012), marquant un besoin d'accompagnement associé et nécessaire. L'enjeu pour moi devient alors de questionner l'accompagnement dans la sexualité en ergothérapie des personnes en situation de handicap. Finalement, je m'interroge sur la place de l'accompagnement sexologique dans le processus d'intervention de l'ergothérapeute en France.

Ainsi, je souhaite aborder l'intérêt de ce type d'accompagnement en ergothérapie, analyser les différentes caractéristiques du domaine et identifier en quoi les missions du métier sont corrélées aux principes de la santé sexuelle. Dans un second temps, je vais questionner les pratiques ergothérapeutiques dans le domaine de l'accompagnement sexologique afin de faire un état des lieux actuel. L'idée étant de peut-être parvenir à ré-envisager une partie de la formation en ergothérapie dans ce domaine. J'espère du moins, par ce travail, contribuer à la sensibilisation au sujet de l'accompagnement sexologique des sujets en situation de handicap, pour tendre à une évolution des pratiques et un accompagnement occupationnel holistique.

# Première partie : les notions formelles

## I - Sexualité en situation de handicap

### 1 - Quelques notions

#### A) La sexualité

La sexualité représente un concept complexe et multidimensionnel et dont les représentations ont largement évoluées au fil des années. Longtemps un sujet tabou et sensible, jusqu'alors considéré simplement pour son aspect procréatif. Mais une libération de la sexualité apparaît dans les années 1920 en France, avec les mouvements d'émancipation des femmes et la lutte pour la liberté d'accès aux méthodes contraceptives et à l'avortement (Mignot & Troussier, 2015). Puis avec la découverte de la pilule contraceptive par Pincus vers 1960, les femmes obtiennent cette possibilité de ne plus être assignées à la maternité (Thévenot, 2018). Cela a ainsi permis l'accès à une sexualité récréative puisque désormais libérée du risque de grossesse non-désirée (Salama et al., 2012).

Plus récemment, en 2006, une définition est proposée par l'OMS et caractérise la sexualité comme étant « (...) *un aspect central de l'être humain tout au long de la vie, qui englobe le sexe, les identités de genre et les rôles y afférents, 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 valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. La sexualité regroupe ainsi de nombreuses dimensions mais chaque personne ne ressent pas ou ne vit pas nécessairement chacune d'entre elles. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, juridiques, historiques, religieux et spirituels* »." (Santé sexuelle, 2006). Nous apercevons d'ores et déjà que la sexualité constitue effectivement un paradigme particulier autour duquel gravitent de nombreux éléments, et dont la définition ne cesse d'évoluer. Surtout, nous pouvons relever -et lever l'amalgame- que la sexualité ne correspond pas à "l'acte sexuel". Bien plus que cela, c'est ce que nous dit la psychologue clinicienne, Joëlle Vanel « *c'est une composante essentielle de notre personnalité, (...) elle convoque des sensations corporelles, des sentiments, des émotions, des désirs.* ». (Vanel, 2017). A savoir que les représentations qui lui sont accordées dépendent indéniablement du contexte social et temporel dans lesquels elle est amenée à évoluer, liées alors à la communauté, la socialisation et la culture (Courtois, 1998).

Si on peut croire en une perspective favorable à une sexualité décomplexée grâce à une récente approche plus positive qu'auparavant (Vanel, 2017), il reste manifestement un travail de popularisation de ce concept, notamment dans l'éducation, l'enseignement et la formation à la sexualité.

## B) La sexologie

La sexualité et son intérêt général pour celle-ci, ont conduit à l'émergence d'une nouvelle discipline dans l'étude scientifique au cours du XX<sup>ème</sup> siècle, celle de la sexologie. Historiquement, de grandes avancées dans ce domaine ont été permises notamment grâce au médecin allemand Iwan Bloch qui questionnait en 1909, le mouvement de libération sexuelle, ainsi qu'au biologiste anglais Karl Pearson qui soulevait en 1888, la question de l'avenir de la société compte tenu des bouleversements sociaux (l'émancipation féminine et la revendication de l'égalité sexuelle) (Dupras, 2010). Puis l'étude de la sexologie moderne se développe dans les années 1960, aux États-Unis, grâce travaux de Masters et Johnson qui vont constituer les premières connaissances scientifiques en sexologie clinique avec des recherches poussées sur la physiologie des réactions sexuelles (*Ethical issues in sex therapy and research*, 1977).

La sexologie se pratique par les médecins ainsi que tous les types de profession paramédicales qui peuvent alors se relayer grâce à un travail collaboratif (Giami & de Colomby, 2001). C'est à dire que infirmier.e.s, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotricien.ne.s, psychologues, et bien d'autres peuvent se former en sexologie et apporter aux patient.e.s leur contribution dans ces types de problématiques, respectueuse des limites de leurs champs de compétences, et ce en plus de leur formation initiale. Au niveau des interventions elles peuvent donc être variées : des formations et interventions de type médicales, psychothérapeutiques ou éducatives." (Giami, Colomby, 2002).

Pourtant, il existe encore une surreprésentation des médecins (généralistes et spécialistes) dans la sexologie et la santé sexuelle en France, avec des résultats révélateurs de cet écart puisque "*plus de deux tiers (63 %) des sexologues sont des médecins (...)*" (Giami et al., 2009). Ceci pousse à se questionner sur le manque de formation générale, dans le domaine de la sexologie, auprès des différents professionnels de santé paramédicaux.

## C) La santé sexuelle

C'est vers 1970 que le terme de santé sexuelle apparaît, et ce afin de décrire une notion positive de la sexualité dans le champ de la santé et *fondée sur le bien-être, le plaisir et le respect de l'autre* (Giami, 2016). En 2006, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), définit la santé sexuelle comme étant: "un état de bien-être physique, mental et social (...), qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence " (*Santé sexuelle*, 2006)

Cette notion est relativement récente, et tend à se faire reconnaître, notamment avec son intégration dans certaines lois et stratégies nationales. C'est en 2016 que la notion de santé sexuelle et reproductive est introduite dans le code de la santé publique en France (article 10 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé) ; (Prévention & Prévention, 2023). La même année, le Haut Conseil de la Santé Publique propose de mettre en place une stratégie nationale de santé sexuelle, afin d'assurer un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité de la naissance à la vieillesse pour l'ensemble de la population (HCSP, 2016). Ils ajoutent également que c'est un concept qui doit se penser et s'organiser en équipe pluridisciplinaire, avec des interventions coordonnées et interdisciplinaires par *des acteurs de l'éducation, la prévention, du social et du socio-culturel, du sanitaire et du médico-social*. (HCSP, 2016)

Puis en 2017, une Stratégie nationale de santé sexuelle est lancée et poursuivra jusqu'en 2030, pour maintenir un équilibre de bonne santé (*Accès à la santé, aux droits sociaux et politiques / Égalité-femmes-hommes*, s. d.). Les axes prioritaires ciblés par cette stratégie nationale ont notamment pour but de faire la promotion des droits humains tout en luttant pour l'égalité entre les femmes et les hommes et en faisant la promotion de l'approche centrée sur la personne dans son environnement (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2017). (Prévention & Prévention, 2023)

Il y a donc un éveil et une sensibilisation de la notion de santé sexuelle qui commence à se mettre en place dans la santé, le soin et l'éducation.

#### D) Les droits sexuels

Depuis seulement quelques décennies, au niveau international, la santé intègre les droits humains à la sexualité (Cf Annexe 1) :

- OMS 1974 : apparition du concept de santé sexuelle "*pour une conception positive de la vie sexuelle ancrée dans le champ de la santé et fondée sur le bien-être, le plaisir et le respect de l'autre*" (Giami, 2016).
- OMS, 2006a et actualisé en 2010 : publication d'une liste des droits humains en matière de santé sexuelle (Santé sexuelle, 2006), qui précise bien que cette notion de santé sexuelle tend à évoluer au regard des droits humains (cf. Annexe)
- OMS 2015 : publication d'un rapport sur la gestion de la santé sexuelle au niveau de la loi et des droits humains sur les horizons internationaux, nationaux et régionaux : *Sexual Health, Human Rights and the Law*. Genève, (Organisation mondiale de la Santé, 2015) .
- Convention du Conseil de l'Europe 2015: "Draft Resolution : Discrimination Against Transgender People in Europe" pour la défense, la promotion de la santé, du bien-être et de l'égalité des droits déniés à ces personnes ainsi que la lutte contre les discriminations dont elles sont l'objet sur le plan de leurs droits civils de base (l'Europe, 2015)
- Convention du Conseil de l'Europe 2015: "Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique" (l'Europe, 2015)

#### E) Le handicap

Pour définir le terme de handicap, la loi française le décrit tel que "constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant." (*Chapitre IV : Personnes handicapées. (Articles L114 à L114-5) - Légifrance*, s. d.)

La sexualité des personnes en situation de handicap est protégée par des lois reconnues aux niveaux national et international :

- Droit à la liberté, à l'égalité, au respect de la vie privée, à l'autonomie, à l'intégrité et à la dignité de tout individu en 1948 (*La Déclaration universelle des droits de l'homme*, 2015)

- La Charte européenne des droits fondamentaux du 7 décembre 2000, avec le principe général de non-discrimination vis-à-vis des personnes en situation de handicap (article 21) ainsi que l'obligation de l'accès aux mêmes droits et opportunités sur base d'égalité (article 26) »
- La Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale « Droit au respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité des personnes en situation de handicap accompagnées par un établissement ou un service social ou médico-social »
- L'OMS, Europe et une résolution de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe de 2004 recommandent, auprès des Etats membres, le déploiement d'une stratégie nationale en santé sexuelle et reproductive. (Mignot & Troussier, 2015)
- L'Axe IV de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle est de « répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables » et considère comme prioritaire de « prendre en compte la sexualité des personnes en situation de handicap ». (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2017).

Cependant au niveau social et sociétal, c'est une situation qui n'est pas toujours aisée à vivre car l'inclusion n'est pas réellement établie. En effet, comme l'écrit H-J. Stiker - lorsqu'il théorise le handicap, et ce d'après la théorie de la liminalité par R. Murphy - les personnes en situation de handicap sont mises en retrait par rapport aux ressources, à l'exercice effectif de certains droits et à la participation à la vie de la cité, n'étant ni incluses ni exclues de notre vie en société (Stiker, 2013).

## 2 - Sexualité et situation de handicap en situation de vie réelle

### A) Vie sexuelle des personnes en situation de handicap

De fait, la vie sexuelle des personnes en situation de handicap - et ce malgré des droits apposés ainsi que l'existence de lois en vigueur - fait encore face à des freins. Effectivement, elle est non seulement trop peu représentée mais aussi stigmatisée voire taboue. Pire, certaines croyances répandues - mais démenties- considèrent que les personnes en situation de handicap sont asexuées. Heureusement, un grand nombre de recherches ont permis de prouver le contraire ("*Sexual activities, concerns and interests of men with spinal cord injury*" (White et al., 1992), "*L'ange et la bête*" (Gianni et al., 1983)). Malheureusement ceci va également se retranscrire dans le secteur de la santé et du soin, étant encore *un sujet sensible pour les professionnels qui accompagnent ces personnes en institution* (Albert, 2014). Ainsi, la sexualité de ces personnes se retrouve souvent limitée par certains professionnels (*Handicap mental et vie affective et sexuelle.*, s. d.).

Tout ceci est notamment lié au manque d'information et d'éducation à ce sujet et cela va avoir un réel impact sur l'épanouissement et la qualité de vie de ces personnes (Esmail et al., 2010). Ils sont privés d'un accès à un équilibre personnel, puisque la vie affective et sexuelle constitue une composante essentielle de l'équilibre de vie des êtres humains (Albert, 2014). De plus, la pression sociale va fortement impacter la construction de soi et d'identité chez ces personnes (Sevène, 2014). Les conséquences qui en résultent sont telles que les personnes qui ont toujours subi ce type de traitement vont s'inhiber, se brider et n'iront pas aborder ce sujet, ni même avec des professionnels qualifiés. Des études ont prouvé que la grande majorité des patients ne vont pas aborder d'eux même leurs problématiques sexologiques (Krebs, 2007). Pire, par habitude ils vont se résigner, puis enfouir et réprimer leur désir, jusqu'à accepter *leur misère sexuelle comme une fatalité* (Dupras, 2012). Pourtant ce ne sera pas sans incidence sur leur mode de vie, car il y a un réel impact sur l'aspect émotionnel ainsi que des retentissement sur leur qualité de vie (Colson, 2016).

Mais alors qu'en est-il concrètement? Inutile de préciser que ces individus sont bel et bien capables d'avoir une vie relationnelle, affective et sexuelle satisfaisante. Ceci est accessible à tous (Vanel, 2017). Et non seulement elles en sont capables, mais cela *constitue un droit fondamental, un facteur d'épanouissement et de bien-être, partie intégrante d'une qualité de vie* (socialistes et al., 2011). A nous, professionnels de santé, d'accompagner au mieux pour faciliter l'accès à une vie sexuelle satisfaisante, car cela fait partie des dimensions fondamentales de la qualité de vie des patients (Giami et al., 2019). Pourtant, il reste d'importants progrès à accomplir pour que la santé sexuelle de ces personnes soit prise en compte correctement au sein des services de santé (Miele et al., 2022).

B) Epidémiologie des troubles sexuels chez les personnes en situation de handicap: (quelques exemples d'études)

- Maladies chroniques et handicaps physiques : Une étude sur les "problèmes de santé sexuelle et comportement associé de recherche d'aide des personnes ayant des handicaps physiques et des maladies chroniques" : *environ 50% des sujets souhaitaient une aide professionnelle pour (...) un soutien dans leurs problèmes d'adaptation sexuelle (...), les deux tiers des sujets interrogés envisageaient de contacter un professionnel de santé dont 35% ont effectivement eu un contact avec un professionnel de santé. Seul un tiers d'entre eux ont évalué ces contacts comme positifs.* (Kedde et al., 2012)
- Accidents vasculaires cérébraux (AVC) : ils sont *associés à de nombreuses dysfonctions sexuelles, jusqu'à 15 fois plus élevées que dans la population générale* (Grenier-Genest & Courtois, 2021)
- Sclérose en plaques: la fréquence des troubles génitosexuels dans les études concernant la SEP *varie entre 75 et 84 % pour les hommes et entre 45 et 85 % pour les femmes* (Sevène et al., 2009)
- Psychiatrie : étude sur les "Troubles sexuels chez les patients atteints d'un trouble psychiatrique", *phénomène fréquent chez ces patients : selon certaines études, plus de 70 % des hommes et plus de 50 % des femmes non hospitalisés relatent des troubles sexuels*

D'après ces études, on observe que la sexualité est souvent impactée chez les personnes en situation de handicap. De même, les sujets rapportent vouloir être aidés et soutenus dans le domaine de la sexualité, mais tous n'osent pas forcément le faire et d'autres ne trouvent pas systématiquement réponse à ce besoin.

C) Formation et pratique des professionnels de santé :

Certes, la fonction sexuelle participe au bon maintien de la qualité de vie et de la réalisation des activités de la vie quotidienne. Alors pour répondre correctement à ce besoin chez les personnes en situation de handicap, il paraît évident qu'une formation sur la sexualité est nécessaire (Rosenbaum et al., 2014). Pourtant il existe un manque général au niveau de la formation en sexologie dans la santé et cela se répercute sur la pratique des professionnels, car effectivement ils ne sont pas aptes à répondre à ces types de besoins. L'étude "*Pourquoi les professionnels de la santé ne parlent-ils pas de sexe ? Une revue systématique des études qualitatives récentes menées au Royaume-Uni*" mentionne

que la sexualité constitue une part importante dans la prise en charge globale de l'individu, néanmoins elle n'est pas systématiquement étudiée chez ce dernier (Dyer & das Nair, 2013).

Toutefois, il existe une diversité de solutions thérapeutiques possibles pour convenir à des réponses adaptées quant aux problématiques sexologiques, par exemple :

- Thérapie cognitivo-comportementale : traitement d'une variété de troubles sexuels, en permettant la modification des pensées et des comportements qui peuvent causer ou contribuer à des difficultés sexuelles.
- Thérapie sexuelle : travail avec la personne ou le couple pour comprendre leurs besoins et leurs préférences au niveau sexuel, pour améliorer la satisfaction et les relations sexuelles.
- Thérapie de couple : travail sur les problèmes de communication et les conflits dans les relations. Cela peut aider les couples à améliorer leur intimité et leur satisfaction sexuelle.
- Thérapie psychodynamique : travail sur l'exploration des facteurs psychologiques et émotionnels qui peuvent causer ou contribuer à des difficultés sexuelles.
- Thérapie médicamenteuse : les médicaments peuvent être utilisés pour traiter certains troubles sexuels. Seuls ou en combinaison avec d'autres approches thérapeutiques.

L'ergothérapie peut jouer un rôle clé en évaluant les besoins de la personne et en recommandant les approches thérapeutiques les plus appropriées en fonction de leur situation individuelle.

Effectivement, il n'est pas toujours aisé pour les personnes en situation de handicap d'avoir un accès satisfaisant à leur sexualité. Cela dépend du type de situation de handicap, des différentes capacités qu'elles peuvent ou non mobiliser, des ressources humaines, matérielles et environnementales qui sont à leur disposition, etc. Mais alors comment accompagner ces personnes pour les diriger au mieux en fonction de leurs besoins afin qu'elles s'épanouissent dans ce domaine? L'accompagnement des patients faisant face à des troubles sexologiques doit être global, humain, personnalisé et pluridisciplinaire avec un support médical, psychologique, sexologique et paramédical.

## II - Ergothérapie et Accompagnement à la sexualité

### 1 - Ergothérapie, la profession

L'ergothérapeute est un professionnel de santé, il reçoit un diplôme d'Etat d'ergothérapeute - établi par le ministère de la Santé et des Sports- après une formation de 3 ans auprès d'un Institut de formation en ergothérapie (Hernandez, 2010). Il exerce dans les champs sanitaire, médico-social et social. C'est un spécialiste du rapport entre l'activité et la santé. Il peut prévenir, intervenir et assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire, par un processus d'adaptation, de rééducation, de réadaptation et/ou de réhabilitation sociale. Il va accompagner les personnes, en objectivant leur sécurité, indépendance et efficacité (« Qu'est ce que l'ergothérapie », s. d.), ainsi que leur autonomie et leur satisfaction dans la réalisation de leurs activités de vie quotidienne. Par exemple, son intervention peut se faire sous forme d'éducation à de nouvelles stratégies de compensation ou par l'adaptation physique de son environnement. (Lefèvre-Renard & Vauvillé Chagnard, 2016). De plus, il est systématiquement amené à collaborer avec différents professionnels -

que ce soit du domaine de la santé ou non - tels que des médecins, paramédicaux, auxiliaires médicaux, travailleurs sociaux, acteurs de l'enseignement et de la formation, techniciens de l'habitat, etc. (« Qu'est ce que l'ergothérapie », s. d.)

Le référentiel de compétence de l'Ergothérapeute énonce les 10 compétences requises: (Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, 2010)

1. Evaluer une situation clinique et élaborer un diagnostic dans le domaine de l'ergothérapie
2. Concevoir un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement
3. Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie
4. Concevoir, réaliser, adapter et préconiser les orthèses et les aides techniques
5. Elaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique
6. Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie
7. Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle
8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques
9. Coordonner les activités et coopérer avec les différents acteurs
10. Former et informer

Ainsi, un plan d'accompagnement en ergothérapie, construit autour de la sexologie, peut s'ancrer dans chacune de ces compétences. On peut trouver la problématique clinique sexologique, environnement non adapté, réadaptation sexuelle, difficulté de positionnement, difficulté sociale liée au trouble sexuel et inversement, besoin d'aides techniques à la sexualité, besoin de communiquer avec une personne habilitée au domaine de la sexologie, besoin d'avoir accès à des connaissances sur le sujet ou d'être mis en relation avec d'autres professionnels en lien avec la sexologie etc.)

## 2 - Ergothérapie et santé sexuelle

### *La qualité de vie de l'individu*

L'ergothérapeute est un.e professionnel.le de santé, exerçant dans le champ sanitaire, médico-social et social. Il intervient afin d'aider à l'adaptation, la réadaptation et la réhabilitation des personnes (« La profession », s. d.), dans l'objectif d'améliorer ou de maintenir une qualité de vie satisfaisante (Levasseur et al., 2006). Or, il est intéressant de rappeler que « La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble » (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2017). Ainsi, il paraît logique que la question de la qualité de vie sexuelle fasse partie intégrante des missions d'intervention de l'ergothérapeute.

### *Les activités humaines*

L'ergothérapie se définit à travers le lien existant entre l'activité humaine et la santé (Morel-Bracq et al., 2015), une discipline scientifique qui étudie l'occupation humaine (Pierce, 2016). Les occupations humaines, ce sont l'ensemble des tâches et des activités menées par l'individu lorsqu'il y participe avec du sens et de l'engagement, et à travers lesquelles il développe ses habiletés, ses connaissances et ses compétences, ceci dans un environnement modulable, pour produire son identité (Meyer,

2013). De plus, l'analyse de l'activité constitue une compétence fondamentale des ergothérapeutes. (Meyer, 2013).

En ce sens, l'AOTA (2008) considère que l'activité sexuelle constitue une activité de la vie quotidienne à part entière, faisant partie des besoins vitaux et primaires d'une personne (Talavera, 2020). Si la sexualité peut être vécue et réalisée comme une activité répondant à des besoins primaires, elle peut, bien entendu, être perçue comme une occupation à part entière - et non exclusivement à but de génitalité ou de procréation - avec sa propre finalité érotique, au plan biologique et psychophysiologique (Giami, 2007). La sexualité lorsqu'elle est consentie, intentionnelle, désirée (dont la quête est l'amusement et/ou le plaisir), est essentielle à la qualité de vie et impacte la santé générale de l'individu (Yerxa, 1993). De fait, la sexualité constitue une occupation à part entière, relevant du domaine d'expertise et d'intervention de l'ergothérapie.

### *La sexualité, un besoin primaire*

La pratique ergothérapique est centrée sur la personne - elle est dite "client-centrée" (Rogers, 1946) - ainsi la personne et ses besoins sont considérés comme primordiaux (Polatajko & Mandich, 2004), (Kravetsky, 2020). Or la théorisation des besoins humains, décrits par Maslow, définit les sources de motivations humaines en les hiérarchisant sous forme de "pyramide", avec une base représentant les besoins physiologiques (la faim, la soif, la sexualité, la respiration, le sommeil et l'élimination), et qui gradue quatre autres niveaux que sont la sécurité, l'approbation, l'estime et l'accomplissement de soi. (Maslow, 2020). On observe, effectivement, que la sexualité se situe dans les besoins physiologiques et primaires. Ainsi, selon le rôle défini de l'ergothérapeute, l'accompagnement de la sexualité - étant un besoin primaire de l'être humain- fait partie intégrante des missions de l'ergothérapeute.

### *Le Bio-Psycho-social de l'humain*

La démarche ergothérapique est une approche holistique- selon le modèle biopsychosocial- faisant le lien entre l'activité et la santé chez la personne accompagnée. Cela implique qu'elle prend en compte la personne, son environnement et ses occupations, afin de permettre l'autonomie de la personne mais aussi son indépendance, sa sécurité et son efficacité. (« Qu'est ce que l'ergothérapie », s. d.). La fonction sexuelle est non seulement façonnée par des facteurs biologiques et physiologiques mais également par des facteurs sociaux et culturels. Comme le dit Robert Courtois dans sa réflexion sur la sexualité humaine "*Sexualité et social, sexualité et culture sont indissociables*" (Courtois, 1998). Aussi de manière générale, l'évaluation du fonctionnement sexuel doit se faire selon une approche globale. C'est à dire, que comme tous ses confrères et toutes ses consœurs en santé, l'ergothérapeute **devrait** être capable d'aborder la question de la sexualité, de la qualité de vie sexuelle et de ses troubles potentiels en utilisant une approche biopsychosociale.

## 3 - Ergothérapie, la formation sexologique

L'article 3 de l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute: (Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, 2010) annonce la formation théorique de 2 000 heures, sous la forme de cours magistraux (794 heures) et de travaux dirigés (1 206 heures), et la formation clinique et situationnelle de 1260 heures. Si ce décret décrit effectivement l'ergothérapeute comme « un professionnel de santé », cela signifie que ce dernier devra être formé en anatomopathologie, en techniques d'approches et en philosophie du métier. Il n'y a, néanmoins, aucune obligation en vigueur de prodiguer, au cours de la formation d'ergothérapie, des

connaissances spécifiques en lien direct avec la sexologie et les types d'intervention possible en ergothérapie dans ce domaine. Pour rappel, la formation théorique du diplôme d'état d'ergothérapeute est constituée de 2 000 heures au cours des 3 ans. Pourtant les heures accordées pour le domaine de la sexologie dans le décret de 2010 ne sont pas concrètement définies et sont relativement "pauvres":

- Unité d'enseignement 2.4 S2: Dysfonctionnement des systèmes nerveux et sensoriels (dysfonctionnement de l'appareil génito-urinaire et des sphincters)
- Unité d'enseignement 4.2 S3 : Techniques et outils de relation et de communication (approche corporelle)

Exemple : un total de 23 heures de cours, dispensés à l'IFE de Toulouse, autour de la sphère de l'intimité et de la relation émotionnelle, grâce au bon vouloir du directeur de l'institut de formation...

Année	heures	contenu	Intervenant
L3	2	Sexualité et anato-pathologie	Castel Lacanal
L3	3	Sexualité et handicap	Equipe IFE + personnes ressources
L3	6	Parentalité et handicap	Equipe IFE + IFRASS personnes ressources
L2	6	Intelligence émotionnelle	Krechman Laurent
L1	3	Intelligence relationnelle et émotionnelle	Mélodie Hecek et Carine Thibault
L1	3	Handicap et société	Jean-Michel Caire

Par ailleurs, ce manque de formation en sexologie est ressenti chez les ergothérapeutes eux-mêmes, comme on peut le voir dans ces deux études :

- *Sexualité et ergothérapie en Irlande : un cas d'ambivalence* : " Les obstacles spécifiques identifiés par les participants pour aborder la sexualité comprennent le manque de formation" (Hyland & Mc Grath, 2013)
- *Étude descriptive des besoins de formation sexologique prioritaires des étudiant(e)s en ergothérapie* : "plus de la moitié des participants estiment avoir des connaissances insuffisantes pour effectuer une intervention adéquate auprès de leur clientèle (...) Cependant, une forte majorité de répondants estiment que les connaissances sexologiques sont importantes dans le cadre de la pratique de l'ergothérapie. Il y a donc un intérêt de la part des étudiants qui n'est pas comblé avec le cursus scolaire proposé dans sa forme actuelle" (Lecompte, 2013)

#### 4 - Ergothérapie et sexualité : l'intervention

Comme nous l'avons démontré ci-avant, l'approche ergothérapique consiste à aborder l'ensemble des activités de la vie quotidienne et des occupations des individus qui sont accompagnés dans le cadre d'une prise en soin. Bien que dans la pratique, la sexualité est souvent placée en second plan, il est important de rappeler qu'elle constitue une habitude de vie à part entière à prendre en compte chez les patients de manière égale aux autres activités ou occupations.

L'ergothérapeute va mettre en place un accompagnement personnalisé qui comprendra et qui tentera au mieux de répondre aux différents besoins spécifiques. Pour se faire, il est important d'adopter une démarche respectueuse, inclusive et centrée sur la personne. Il peut alors avoir un rôle important dans l'abord de la sexualité auprès de la personne pour comprendre ses besoins et préférences et en l'aidant à développer des stratégies pour améliorer son épanouissement sexuel et sa qualité de vie sexuelle. Par exemple, l'étude "Revue systématique de l'ergothérapie et de la réadaptation en oncologie chez l'adulte" explique qu'après un suivi en ergothérapie un retour épanoui à la sexualité est possible (Hunter et al., 2017).

Évidemment, il est primordial de garder en tête qu'il est tout à fait possible que la demande du patient fasse appel à un champ de compétence qui dépasse celui de l'ergothérapeute (prescription médicamenteuses, autres actes médicaux...). Ainsi ce dernier sera en charge de faire le lien avec les différents professionnels avec qui il collabore pour répondre correctement à la demande du patient (sexologue, sage-femme, gynécologue, etc.).

Accompagner en cadrant son intervention grâce à des modèles généraux et conceptuels. (Morel, 2017) (cf Annexe 3)

- A) Le Modèle Ex-Plissit : C'est un modèle de pratique s'adressant à tous les professionnels de la santé qui interviennent ou souhaitent intervenir dans la sphère sexologique de leur patient. (cf Annexe 4)
- B) Le Modèle de développement humain-Processus de production du handicap (MDH-PPH, 2018), un modèle interactif personne/environnement qui propose, entre autres, de prendre en considération la fonction de reproduction. (Fougeyrollas, 1998).
- C) La CIF définit les composantes de la santé et certains éléments du bien-être connexes de la santé. Ce modèle permet de décrire un profil utile du fonctionnement, du handicap et de la santé des individus dans divers domaines. (World Health Organization, 2001)

Il est important de reconnaître que le professionnel a cette responsabilité d'aborder ce thème, en transmettant au patient cette légitimité de s'exprimer à ce propos, notamment en ergothérapie. Plusieurs études ont démontré que les patients préfèrent ou attendent que le professionnel aborde le sujet (Farine, 2014). Souvent il est question d'ignorance générale sur la possibilité d'être aidé à ce niveau là.

Bien sûr il faut être à l'écoute et choisir les moments opportuns, après la première rencontre, lors de l'évaluation initiale, lors des temps de discussions ou entretiens, au moment du questionnement sur la maladie ou vie de couple, pendant l'évaluation de l'autonomie et/ou une fois la relation thérapeutique établie et que le lien de confiance est instauré.

# Deuxième partie : étude

## Hypothèses :

- **Hypothèse 1** : Les ergothérapeutes et les étudiants en ergothérapie ont un rôle important à jouer dans l'accompagnement sexologique, lors du processus d'intervention en ergothérapie.
- **Hypothèse 2** : La formation initiale du diplôme d'état d'ergothérapie, ne permet pas aux ergothérapeutes et étudiants en ergothérapie de se sentir suffisamment formés et d'avoir suffisamment d'outils pour répondre à des accompagnements sexologiques complets.

## I - Objectif de l'étude (primaire et secondaires)

### 1 - Objectif primaire

L'objectif primaire de cette étude est de questionner les ergothérapeutes de France quant aux besoins d'accompagnement sexologique rencontrés au cours de leur pratique.

### 2- Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de cette étude sont les suivants:

- Évaluer la capacité et le sentiment de légitimité des ergothérapeutes à répondre à des problématiques sexologiques dans le cadre du processus d'intervention en ergothérapie en France
- Évaluer la formation en sexologie reçue par les ergothérapeutes en France: ont-ils un bagage suffisant en termes de connaissances, de processus d'intervention, de méthodes et d'outils pour pouvoir intervenir sur des problématiques sexologiques?

## II - Matériels et méthodes

### 1 - Questionnaire

Cette étude est une étude quantitative de recueil d'informations, afin d'obtenir des données statistiques quantifiables et comparables sur la population des ergothérapeutes et étudiants en ergothérapie, qui travaillent et étudient en France. Pour cela, nous avons rédigé un questionnaire original en ligne. L'enquête s'est faite sous forme d'un questionnaire via l'application Web Google Forms dans le cadre du mémoire de recherche mené au sein de l'Institut de formation en ergothérapie à Toulouse. Les réponses ont été structurées avec l'application Web Google Sheets.

Le questionnaire est inspiré du mémoire “Prise en charge des troubles de la sexualité : Quels sont les besoins sexologiques rencontrés auprès des patients et la formation reçue par les médecins de Médecine Physique et de Réadaptation en France ?” par Docteur Claire Cézard, 2020, à l'Université Paul Sabatier Toulouse faculté de médecine de Rangueil et Purpan. Il s'inspire également de l'étude Canadienne “ Aborder la santé sexuelle des clients dans la pratique de l'ergothérapie” (Young et al., 2020).

Il est constitué de 29 questions dont 17 questions à choix unique, 5 questions à choix multiples et 7 questions ouvertes, à réponses libres. Il est structuré en trois parties que sont : Identification du répondant, Expérience professionnelle sur le terrain et Perception et intérêt personnel pour cette compétence d'accompagnement thérapeutique.

Le recrutement a été réalisé selon les modalités suivantes : par mes contacts de réseaux d'ergothérapeutes (notamment grâce aux stages ou l'IFE) et d'étudiants en ergothérapie, mes connaissances et les réseaux sociaux. Je leur ai ainsi proposé de remplir le questionnaire.

La durée de l'enquête a été de 14 semaines, du 11/12/22 au 20/03/23. Les dates de relance ont été les suivantes: deuxième partage le 26/01/23, troisième partage le 14/02/23, quatrième partage le 21/02/23, cinquième le 01/03/23 et sixième le 07/03/23 et septième le 15/03/23.

Les explications fournies avec le questionnaire étaient celles-ci:

*“ Bonjour, je suis en 3ème année à l'Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse et je souhaite réaliser un mémoire sur la place de l'ergothérapeute dans l'accompagnement sexologique des sujets en situation de handicap en France. En effet, c'est un sujet qui m'intéresse beaucoup et qui me semble très important notamment dans le cadre du métier d'ergothérapeute qui vise à permettre aux personnes d'avoir une qualité de vie satisfaisante. L'objectif de mon questionnaire est d'investiguer afin de connaître et d'analyser le degré d'importance accordé par les ergothérapeutes au sujet de la sexualité dans leur pratique:*

*- Découvrir si la sexualité des patients est questionnée dans la pratique*

*- Découvrir les éventuels freins et facilitateurs à la prise en compte de la sexualité des patients*

*La population ciblée est la suivante : les ergothérapeutes et étudiants en ergothérapie, de tout âge, tout sexe et de toute expérience travaillant auprès de personnes en situation de handicap en France.*

*\* AVQ = activité(s) de la vie quotidienne ”*

## 2 - Critères d'inclusion et d'exclusion

La population ciblée est la suivante : les ergothérapeutes et étudiants en ergothérapie, de tout âge, tout sexe et de toute expérience confondus, travaillant auprès de personnes en situation de handicap en France, ayant été formés et travaillant en France.

Critères d'inclusion:	Critères d'exclusion
- Homme ou femme, en âge d'étudier	- Personne n'ayant pas de lien professionnel avec la pratique ou l'étude du métier d'ergothérapeute
- Etudiants en ergothérapie	- Ergothérapeute ne travaillant pas en France
- Ergothérapeutes diplômés	
- Personnes travaillant en France	

### 3 - Analyse statistique

La saisie des résultats et le traitement des données ont été réalisés par le biais de l'application Web Google Sheets.

## III - Résultats

### 1 - La population en étude

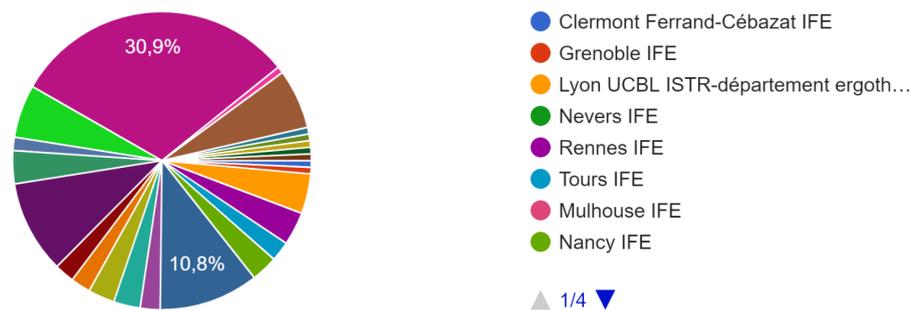
Nous avons obtenu 139 réponses à notre questionnaire. Les répondants ont complété le questionnaire dans son intégralité pour les questions obligatoires. Tableau 1 : population d'étude:

Sexe	
Femme	123
Homme	16
Age (années)	
Moyenne (min ; max)	25,8 (18 ; 58)
Ecart type	7,5
Statut professionnel	
Structure ambulatoire	18
Etablissements médico-sociaux	27
Etablissement hospitaliers	43
Étudiant en ergothérapie	51
Année d'obtention du DE	
Moyenne (min;max)	2018.7(1987;2022)
Ecart type	6.42551

Parmi les sujets interrogés, nous retrouvons une surreprésentation féminine avec 88,5% de femmes (123/139) et 11,5% d'hommes (16/139). L'âge moyen est de 26 ans (avec des valeurs limites de 18 ans et 58 ans).

Au niveau du statut professionnel, les ergothérapeutes diplômés exercent pour 30,9% d'entre eux en établissements hospitaliers, pour 19,4% en établissements médico-sociaux et pour 12,9% en structure ambulatoire, ils représentent ainsi 63,3% des répondants et les étudiants représentent 36,7% des répondants. Concernant les diplômés, l'année d'obtention du diplôme d'État d'Ergothérapeute est obtenue en moyenne en 2019 avec des valeurs limites entre 1987 à 2022, la majorité a été diplômée en 2022. Les types de services dans lesquels les répondants travaillent sont variés: cabinet libéral, hôpital, clinique, centre de rééducation/réadaptation/ réhabilitation (MPR, SSR...), EHPAD, MDPH, FAM, SESSAD, UEROS, psychiatrie et SAMSAH.

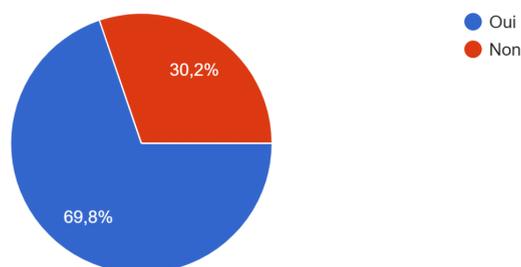
L'IFE de diplôme (ou d'étude) :



La majorité des répondants diplômés (31%), ont reçu leur formation au sein de l'IFE de Toulouse. L'école de Berck Lille a 10,8%, l'école de la Musse Evreux à 10,1% puis l'IFE de Marseille à 6,5%. Les autres instituts de formation représentés ici dans notre étude: Clermont Ferrand-Cébazat IFE, Grenoble IFE, Lyon UCBL ISTR-département ergothérapie, Nevers IFE, Rennes IFE, Tours IFE, Mulhouse IFE, Nancy IFE, Amiens IFE, Assas IFE, Créteil UPEC IFE, Meulan les Mureaux IFE, Paris Adere IFE, Institut Régional de Formation en ergothérapie IRFE la Réunion, Alençon IFE, CHU Rouen Normandie IFE, Bordeaux IFE, Limoges ILFOMER, Poitiers IFE, Montpellier IFE, La Garde - IFE, Laval IFE, Besançon USMP, Haute école Léonard de Vinci à Bruxelles Bruxelles, Condorcet Tournai, Condorcet Charleroi.

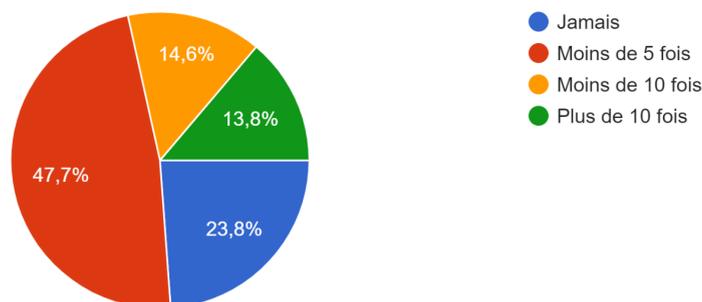
## 2 - La confrontation aux problématiques sexuelles

Plus des deux tiers des répondants (**69,8%**) ont déjà été confrontés à des problématiques sexuelles exprimées par leur patients. 30,2% ne l'ont jamais été.



Le nombre de confrontations. 130 réponses sont enregistrées. **Les répondants ayant déjà été confrontés à des problématiques sexuelles exprimées par leur patients, l'ont été moins de 5 fois pour 47,7% d'entre eux.** Moins de 10 fois pour 14,6% d'entre eux. Et plus de 10 fois pour 13,8%

d'entre eux. Au total 76,2% d'entre eux ont déjà été confrontés à ce type de situation et 23,8 % n'y ont jamais fait face.



### 3 - Les problématiques sexuelles rapportées

Tableau 2: Les troubles sexuels des patients

Troubles	réponses	pourcentage
Troubles du désir	33	23,90%
Trouble de l'érection	36	26,10%
Trouble de la lubrification	5	3,60%
Trouble de l'éjaculation	14	10,10%
Trouble de l'orgasme	6	4,30%
Comportement sexuel désinhibé	52	37,70%
Dyspareunie	7	5,10%
Difficultés à se mouvoir et/ou à se positionner	44	31,90%
Difficultés dans la réalisation de la tâche	25	18,10%
Difficulté du schéma corporel/ proprioception	19	13,80%
Difficultés de communication	37	26,80%
Difficultés liées à l'environnement	27	19,60%
Fatigabilité, Difficulté dans la gestion énergie/ endurance	29	21%
Trouble de la sensibilité	12	8,70%
Douleurs articulaires	20	14,50%
Inconfort	13	9,40%
Faiblesse musculaire	16	11,60%
Spasticité	17	12,30%
Aucune de ces réponses	31	22,50%

Ici, plusieurs réponses sont possibles. Les répondants ont fait face à différentes problématiques exprimées par leurs patients, en terme de pourcentage cela correspond à :

- 37,7% Comportement sexuel désinhibé
- 31,9% Difficultés à se mouvoir et /ou à se positionner (déplacements et transferts ou mouvements des bras et des mains avec les préhensions..)
- 26,8% Difficultés de communication (pour exprimer ses besoins, pour se comprendre avec son partenaire...)
- 26,1% Trouble de l'érection
- 23,9% Troubles du désir
- 21% Fatigabilité, Difficulté dans la gestion de l'énergie/ de l'endurance

- 19,6% Difficultés liées à l'environnement (équipement inadapté, lieu de vie ne permettant pas ou freinant l'accès à une intimité/ une hygiène correcte : institution, chambre partagée..., difficulté d'accessibilité au lit...)
- 18,1% Difficultés dans la réalisation de la tâche: les stratégies pour effectuer la tâche sont difficiles à réaliser (nécessité d'un sondage urinaire avant les rapports sexuels, se déshabiller...)
- 14,5% Douleurs articulaires
- 13,8% Difficulté au niveau du schéma corporel/ de la proprioception ( la gestion du corps en mouvement suite à un changement physique par exemple)
- 12,3% Spasticité
- 11,6% Faiblesse musculaire
- 10,1% Trouble de l'éjaculation
- 9,4% Inconfort
- 8,7% Trouble de la sensibilité (hypersensibilité/ hyposensibilité)
- 8,3% "Je n'ai jamais été face à des problématiques sexuelles"
- 5,1% Dyspareunie (douleurs génitales pendant les rapports)
- 4,3% Trouble de l'orgasme
- 3,6% Trouble de la lubrification
- 22,5 % Aucune de ces réponse

Autres réponses regroupées par thématiques:

- Difficultés liées au vieillissement: "Travaillant avec des personnes (vieillissantes) ayant des troubles cognitifs ; les principales demandes sont liées à l'apprentissage, aux connaissances sexuelles, le "comment faire" (masturbation, le toucher de l'autre, quand? Comment? Etc..)"
- Difficulté au niveau du schéma corporel: "Difficulté dans l'image du soi, l'acceptation du corps (cancer du sein donc ablation du sein)",
- Difficultés iatrogènes: "Médicaments"
- Fatigabilité, Difficulté dans la gestion de l'énergie/ de l'endurance : "Essoufflement important et baisse de la saturation, gestion de l'oxygène",
- Troubles psychologiques/psychiatriques : "Jeune polyhandicapé qui découvrait sa sexualité et la masturbation mais qui ne comprenait pas ce qu'il se passait donc cela créait des comportements agressifs", "Addiction", "Je travaille en psychiatrie , les difficultés sont plus psychologique ou psychique (difficulté lié a un évènement traumatisant, peur de l'autre, isolement, difficulté à la rencontre, addiction à la pornographie, ect...)", et "Problématique rapportée par les familles, pas par les jeunes eux-mêmes".
- Difficultés à se mouvoir et /ou à se positionner: "Mouvements choréo athétosiques",
- Difficultés liées au partenaire, à la communication : "Trouver un.e partenaire", "Difficultés liées à l'hygiène de l'autre".

Tableau 3 : Existait-il une pathologie acquise à l'origine des troubles de la sexualité ?

Valeur	personnes	pourcentage
Non	43	31,20%
Trauma crânien	23	16,70%
Sclérose en plaques	12	8,70%
Blessure médullaire	23	16,70%
Accident vasculaire cérébral	24	17,40%
Syndrome de la queue de cheval	4	2,90%
Pathologie cardio-vasculaire	3	2,20%
Pathologie pulmonaire	2	1,40%
Pathologie oncologique	3	2,20%
Séquelles chirurgicales	8	5,80%
Pathologie psychiatrique	24	17,40%
Sclérose Latérale Amyotrophique	2	1,40%
Maladie de Parkinson	5	3,60%
Démence de type Alzheimer	17	12,30%
Autre démence	8	5,80%
Polyhandicap	3	2,20%
Paralysie cérébrale	2	1,40%
IMC	2	1%

Ici, plusieurs réponses sont possibles.

Pour 31,2% des répondants, il n'existaient pas de pathologies acquises à l'origine des troubles de la sexualité exprimées par leurs patients.

Pour 17,4% il y avait un accident vasculaire cérébral, pour 17,4% une pathologie psychiatrique.

Pour 16,7% un traumatisme crânien, 16,7% une blessure médullaire.

Pour 12,3% une démence de type Alzheimer.

Pour 8,7% une sclérose en plaques.

Pour 5,8% une autre démence, 5,8% une ou plusieurs séquelles chirurgicales.

Pour 3,6% la maladie de Parkinson.

Pour 2,9% un syndrome de la queue de cheval.

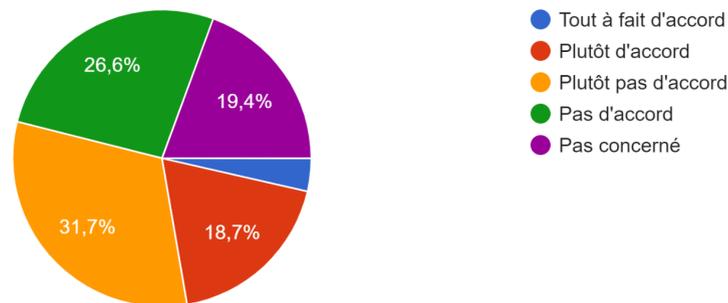
Pour 2,2% une pathologie cardio-vasculaire, 2,2% un polyhandicap, 2,2% un pathologie oncologique,

Pour 1,4% une pathologie pulmonaire, 1,4% une sclérose latérale amyotrophique, 1,4% une paralysie cérébrale.

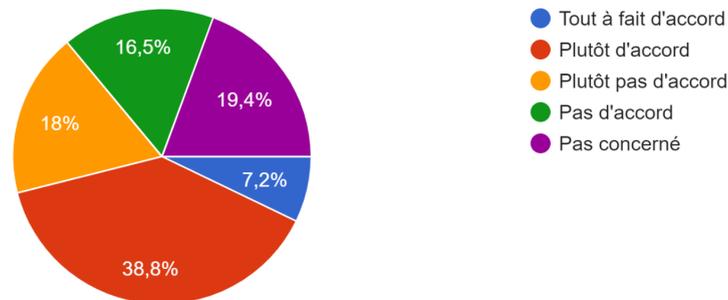
#### 4 - La réponse à ce type de situation

La majorité des répondants, soit **58,3% d'entre eux, disent ne pas se sentir compétents et suffisamment formés pour répondre à des problématiques sexologiques exprimées par leurs patients.**

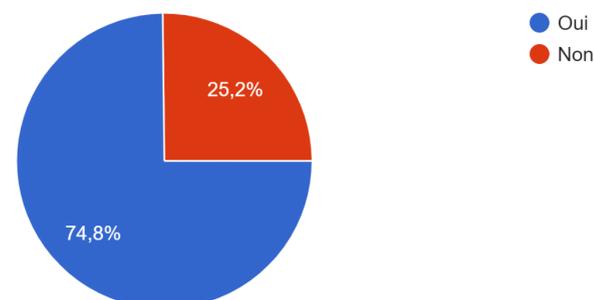
22,3% des répondants répondent être d'accord ou plutôt d'accord pour dire qu'ils se sentent compétents et suffisamment formés. Enfin, une partie des répondants ne se sent pas concernée à 19,4%.



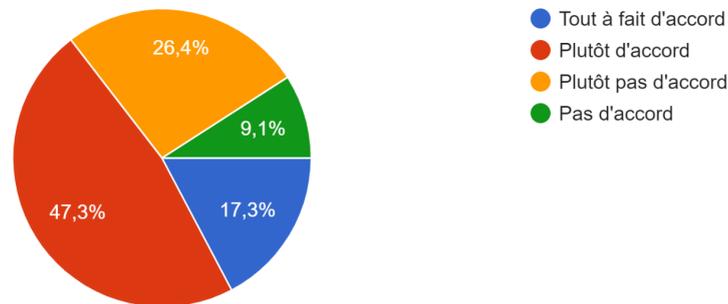
**46% des répondants se disent plutôt d'accord ou tout à fait d'accord sur le fait de s'être senti démuni et/ ou illégitime pour répondre à cette problématique.** Cependant 34,5% d'entre eux ne sont pas ou plutôt pas d'accord. 19,4% ne sont pas concernés.



**74,8% des participants ont déjà été confrontés à des comportements sexuels inadaptés de la part de leur patient,** contre 25,2%, soit quasiment trois quart des répondants.

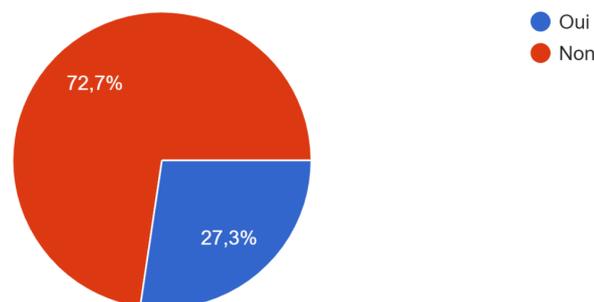


Ensuite, sur 110 réponses enregistrées - des participants ayant déjà été confrontés à des comportements sexuels inadaptés de la part de leur patient - **64,6% d'entre eux sont d'accord pour dire qu'ils se sont senti en difficulté pour gérer les comportements sexuels inadaptés.** 35,5% ne sont pas d'accord.

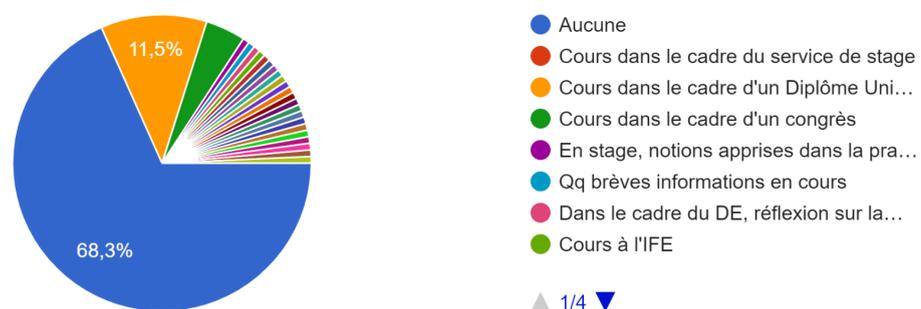


### 5 - La formation reçue sur les troubles liés à la sexualité et leur prise en charge

**72,7% des répondants n'ont pas reçu de formation sur les troubles liés à la sexualité et à leur prise en charge.** Seulement 27,3% d'entre eux en ont reçu une.



Sur le détail des formations, **68,3% des répondants n'ont reçu aucune formation en sexologie.**



Voici les différentes modalités de formation en sexologie reçues par les sujets interrogés, que nous avons recueillies : cours dans le cadre d'un Diplôme Universitaire (notamment dans les IFE: cours optionnels ou obligatoires et sensibilisation), cours dans le cadre du service de stage (recherches personnelles, formation interne par un médecin, etc), formations lors de séminaires, de congrès (UNAEE, etc.) ou via le relais associatif, réalisation d'un travail de recherche (mémoire sur le sujet), , Formation sexualite du patient, certification en thérapie familiale et systémique

## 6 - L'intervention

Sur les 94 réponses, nous recueillons **64 propositions de bilan**: entretien, ELADEB, MCRO, profil sensoriel, OCAIRS, bilan qualité de vie, OT'HOPE, mise en situation, bilan fatigue, MHAVIE, OPHI II, échelle de BORG. Cependant parmi eux, 19 personnes, **répondent négativement "Non car ça ne m'est jamais directement arrivé"**, "Relais pris par la psychologue". Au total 75 personnes ne répondent pas à cette question.

Les propositions d'outils qui pourraient permettre d'aborder ce thème avec les patients sont :

- La première approche : **"la construction de la relation thérapeutique"**,
- **Les bilans** : "entretiens, bilans (ELADEB, AERES, MCRO, OCAIRS, OT'HOPE, MHAVIE, MIF, OPHI II, IEV, échelle de qualité de vie/ équilibre de vie, mises en situations (AMPS...), VAD, MQE, évaluations de la représentation du schéma corporel, des habiletés physiques et cognitives,...)",
- **La mise en place d'un plan d'intervention** : "les modèles conceptuels (MCREO, EX-PLISSIT, OTSAF, MOHOST), CO-OP, formation/ ETP, médiation (groupe de parole, photolangage, théâtre, danse, récit de vie, jeux) supports (vidéos, documents, affiches, livret, flyers, images/ pictogrammes, livres, comptes d'éducation sexuelle comme "Orgasme et moi" sur Instagram)",
- **Les autres outils**: "présentation d'aides techniques, travail en pluridisciplinarité (sexologue, AS ou AMP)",
- 15 réponses négatives (soit 10,8% des répondant) telles que "Aucune idée", "je ne sais pas", "J'ai jamais eu de formation sur ça, si ça devait m'arriver franchement je ne sais pas quelle outils j'utiliserai", "Pas trop d'idées, manque de formation et sujet qui peut parfois paraître "tabou" ", "Tout d'abord, il faudrait une formation pour savoir comment en parler"...

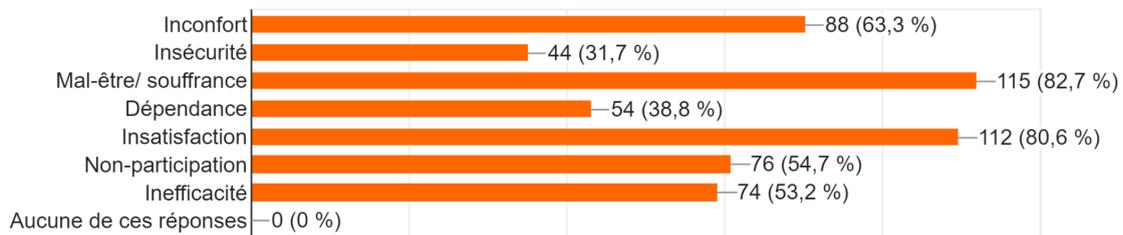
## 7 - Le sens donné à la pratique

Pour l'ensemble des participants, à **98,6% sur les 139 répondants, la sexualité constitue effectivement une part signifiante et significative des occupations et activités de la vie quotidienne des individus**. Une personne pense que cela est variable en fonction des personnes. Aucun d'entre eux ne mentionne le non.



Selon les répondants, les problématiques au niveaux des AVQ, perçues par les patients souffrant de problématiques sexologiques sont l'inconfort pour 63,3% d'entre eux, l'insécurité pour 31,7%, le

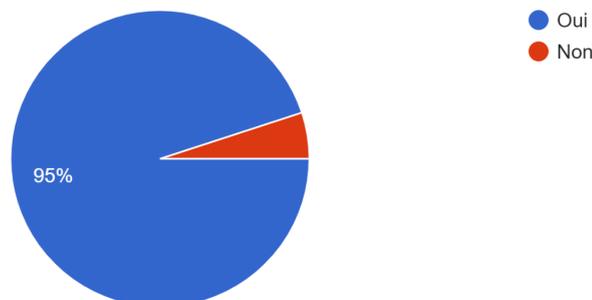
mal-être/ la souffrance pour 82,7%, la dépendance pour 38,8%, l'Insatisfaction pour 80,6%, la non-participation pour 54,7%, l'inefficacité pour 53,2% et aucun des répondants pense que ce n'est aucune de ces réponses.



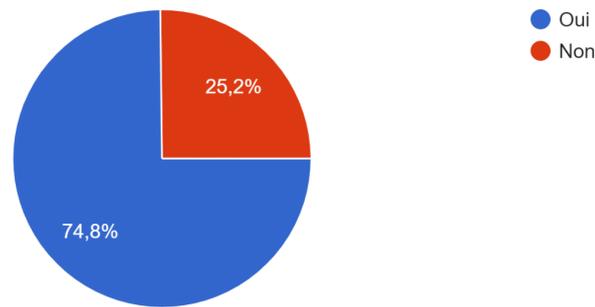
**Selon les répondants, l'ergothérapie offre un traitement thérapeutique qui permet un gain de confort pour 75,5% d'entre eux, de sécurité pour 68,3% d'entre eux, de bien-être (procurer du plaisir, améliorer l'estime de soi...) pour 86,3% d'entre eux, d'autonomie pour 92,8% d'entre eux, d'indépendance pour 86,3% d'entre eux, de satisfaction pour 79,9% d'entre eux, de participation pour 87,8% d'entre eux, d'efficacité pour 56,1% d'entre eux.** De plus, pour 0,7 % d'entre eux il y a également un gain de : "Compréhension des rapports entre individus et sexuels", de "Compensation du handicap" et "l'installation dans le polyhandicap permet d'améliorer les autostimulations".



**95% des répondants pensent que l'aspect sexologique de la vie quotidienne devrait être traité de façon égale aux autres activités de la vie quotidienne par l'ergothérapeute, contre 5% qui pensent le contraire.**



**Pour les répondants, aborder la sexualité des patients au cours de l'accompagnement est important pour 74,8% d'entre eux. Cela n'est pas le cas pour 25,2%.**



Pour justifier leurs choix, ceux qui trouvent cela important relatent du caractère occupationnel de la sexualité, de la responsabilité de l'ergothérapeute d'aborder le sujet... **“C'est une AVQ importante pour certaines personnes, et nous sommes les professionnels des AVQ”.**

Ceux pour qui cela n'est pas important, abordent la gêne, le fait d'être démunis, le manque de compétence, le manque de moyens, ou le manque de temps accordé aux prises en charge et ainsi du caractère non "prioritaire" de la sexualité.

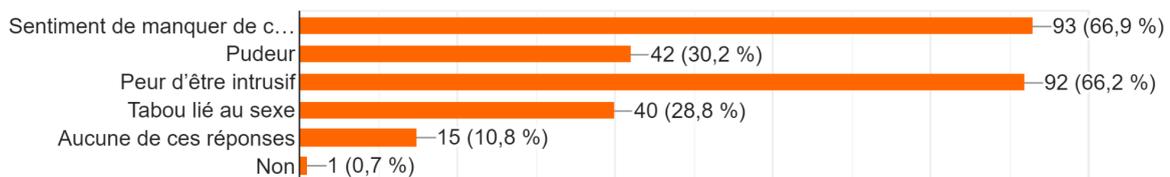
## 8 - L'abord du sujet



52,5%, soit plus de la moitié des répondants, disent aborder davantage ce sujet avec le patient si la question vient de sa propre initiative. Si des outils sont déjà mis à disposition tel un questionnaire systématique de qualité de vie sexuelle mis en place dans un protocole de soin, alors 20,9% d'entre eux abordent la sexualité. Si cela est touché de manière évidente du fait de la pathologie (exemple : blessé médullaire), alors 13,7% d'entre eux abordent la sexualité. Si la problématique est déjà abordée par l'équipe alors 3,6% d'entre eux abordent la sexualité, (ex: érection pendant la toilette par l'aide-soignant(e)). Enfin, 2,1% des répondants mentionnent les 3 réponses citées. 2,9% ne choisissent aucune réponse. D'autres réponses sont fournies: "si cela entrait dans un objectif de prise en charge". Ensuite, plusieurs personnes ont exprimé leur volonté de sélectionner toutes les réponses, ce qui n'était pas possible du fait du format de la question (une seule réponse possible), la volonté de notre part d'obtenir une idée principale chez les répondant.

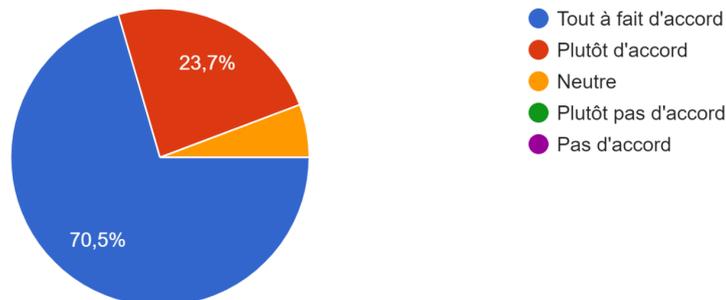
Dans ce type de prise en charge, les répondants ont parfois ressenti des appréhensions et les différentes causes sont : **le sentiment de manquer de compétences chez 66,9% d'entre eux, la peur d'être intrusif chez 66,2% d'entre eux**, la pudeur chez 30,2% d'entre eux, le tabou lié au sexe chez 28,8% d'entre eux, et aucune de ces réponses pour 10,8% des répondants. Aucune de ces réponses n'est choisie pour 10,8% d'entre eux.

D'autres réponses sont fournies, on retrouve le manque de légitimité face à l'équipe pluridisciplinaire ou face à la direction. Parallèlement il existe un grand nombre d'appréhensions comme la peur de mettre la personne mal à l'aise, la peur d'encourager des propositions inadaptées, la peur de ne pas savoir adapter la communication, les gênes liés à la personnalité ou à ce que cela leur renvoie "appréhension vis à vis de patient de la même tranche d'âge que moi". Dans un autre sens on retrouve des argument tels que "c'est une activité de la vie quotidienne. Idem que de laver"

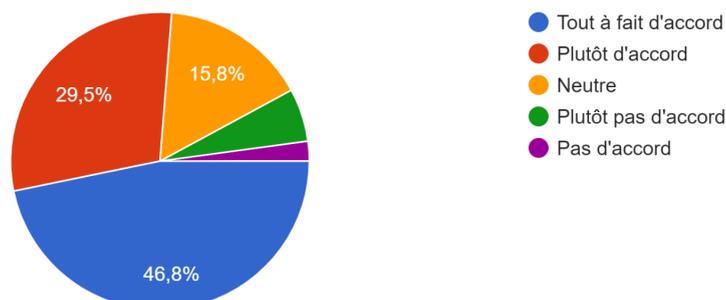


## 9 - Une formation en sexologie

**94,2% des répondants sont tout à fait d'accord ou plutôt d'accord pour dire qu'une formation en sexologie** (avec une évaluation des besoins de formations, d'éducation thérapeutique et d'accompagnement sexologique) devrait être délivrée au cours de la formation à l'IFE. 5,8% des sujets interrogés restent neutres à ce propos. Cependant aucun d'entre eux n'est plutôt pas d'accord ou pas d'accord.



**76,3% des participants pensent qu'il serait pertinent de fournir systématiquement un support documenté autour du sujet de la sexologie aux patients qui se retrouvent en situation de handicap.** 15,8% d'entre eux restent neutres. 7,9% ne sont pas d'accord ou plutôt pas d'accord avec ceci.



Les sujets interrogés expriment une réelle volonté à être formés en sexologie. Cela fait sens pour eux et beaucoup mentionnent la sexualité comme une activité à part entière à prendre en compte dans l'évaluation holistique du patient. La plupart d'entre eux sont encourageants et certains espèrent que cette étude permettra de donner lieu à une évolution au niveau de la formation.

Quelques exemples: "Merci d'apporter cette réflexion au sein de nos PEC ergo", "Il faut vraiment que l'ergothérapie s'investisse de ces problématiques. Je pense que c'est tout à fait dans notre champ de compétence car c'est une problématique occupationnelle (avec des difficultés d'engagements, de performances..).", "Je pense que la sexualité fait réellement partie des AVQ", "Sujet très pertinent car très et trop tabou encore dans notre société et complexe à aborder en gériatrie" (...)

## IV - Discussion

### 1 - Résultats détaillés

#### 1. Score d'âge

Parmi les sujets interrogés, nous retrouvons un âge moyen de 26 ans (avec des valeurs limites de 18 ans et 58 ans), ce qui constitue une moyenne d'âge relativement jeune. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'ergothérapie est une profession relativement récente et qui connaît un essor progressif. "*La profession s'avère massivement jeune*" (De La Santé Et Des Sports, 2010). En effet, l'âge moyen des ergothérapeutes en France est de 35 ans. Ce qui donne un écart de 9 ans avec celle des répondants du questionnaire.

Les deux premières écoles de formation (Paris et Nancy) datent de 1954. L'association Nationale française des ergothérapeutes (ANFE) est créée en 1961 (Charret & Thiébaud Samson, 2017). C'est en 1970 qu'est créé le Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute en France (Delaisse et al., 2022). La publication du premier programme officiel date de 1971. Entre 1965 et 2012, 8 nouveaux instituts de formation apparaissent (Berck, Rennes, Bordeaux, Lyon, Adere, Créteil, Montpellier et Alençon) et c'est entre 2012 et 2020 qu'apparaissent 18 nouvelles écoles (Meulan-les Mureaux, Assas, Lille, Amiens, Rouen, Evreux, Laval, Tours, Nevers, Mulhouse, Poitiers, Limoges, Clermont-Ferrand, Toulouse, Marseille, Saint-Denis La Réunion, et Hyères). Ainsi, le nombre des instituts de formation a plus que doublé depuis 2010, et forment plus de 1000 étudiants chaque année (Charret & Thiébaud Samson, 2017). (Cf Annexe 5)

A noter le biais de diffusion: il s'est majoritairement fait à travers les réseaux sociaux (Facebook) et les groupes interactifs d'ergothérapeutes, mes connaissances. Je rappelle que ce questionnaire a également été ouvert aux étudiants.

#### 2. Le genre

On observe effectivement que parmi les répondants, il existe une surreprésentation féminine avec presque neuf fois plus de femmes que d'hommes: 88,5% de femmes (123/139) et 11,5% d'hommes (16/139). Nous pourrions supposer que le quota de réponses est proportionnel au quota de répartition entre femmes et hommes au sein même de la profession d'ergothérapeute en France, car

les chiffres sont effectivement probants sur la surreprésentation féminine dans la profession d'ergothérapie, notamment d'après un article qui recense les données sur la profession : "À la rentrée 2016 (...) plus de 10 000 ergothérapeutes sont recensés dont 87 % de femmes." (Charret & Thiébaud Samson, 2017). La corrélation est donc pertinente

### 3. Le statut professionnel

- a) Dans notre questionnaire, les représentations professionnelles sont telles que les ergothérapeutes exerçant représentent 63,3% des répondants (avec 30,9% en établissements hospitaliers, 19,4% en établissements médico-sociaux et 12,9% en structure ambulatoire) et les étudiants représentent 36,7% des répondants. Sachant qu'il y a environ 14 000 ergothérapeutes diplômés exerçant en France et 1000 étudiants en ergothérapie par an.

Ainsi les chiffres indiquent un réel écart avec une majorité de diplômés que d'étudiants, ce qui se retrouve également chez les répondants de notre étude. Cependant les chiffres ne sont pas proportionnels, en effet, on va retrouver un quota plus important d'étudiants dans notre étude qu'il y en aurait à proportion sur le quota en France. Nous pouvons supposer que cela peut être en lien avec le fait que je suis moi-même toujours étudiante, et qu'ainsi mon réseau me ressemble. Aussi, le mode de diffusion via les réseaux internet ceci a dû toucher davantage les nouvelles générations, dont font majoritairement partie les étudiants.

Concernant les travailleurs, en France métropolitaine et dans les DROM, le secteur hospitalier recouvre une capacité de prise en charge de plus de la moitié de l'ensemble des établissements de santé (3 008) en 2019 ( Cf Annexes 6 & 7). Un rapport sur la monographie des ergothérapeutes publié par le gouvernement en 2008 inscrit que "Les ergothérapeutes sont à plus de 66% salariés hospitaliers" (De La Santé Et Des Sports, 2010)

- b) Les lieux d'exercices des ergothérapeutes répondant à ce questionnaire sont très variés, ce qui est d'autant plus intéressant pour recueillir l'information quant à leur pratique sexologique.

### 4. Année du Diplôme

Concernant les travailleurs, l'année d'obtention du diplôme d'État d'Ergothérapeute est obtenue en moyenne en 2019 avec des valeurs limites entre 1987 à 2022, la majorité a été diplômée en 2022 (64%). Ceci peut s'expliquer par le fait que l'étude aurait atteint plus efficacement un réseau d'étudiants et de jeunes diplômés du fait de mes contacts professionnels sur la ville de Toulouse et ses alentours, notamment avec l'IFE de Toulouse, les étudiants, les stages, etc.

### 5. L'institut de formation

La majorité des répondants diplômés ont reçu leur formation au sein de l'IFE de Toulouse (31%). Ceci peut s'expliquer par le fait que le questionnaire a été diffusé en grande majorité auprès de mes connaissances, de mes contacts professionnels sur la ville de Toulouse et ses alentours, notamment avec l'IFE de Toulouse, les étudiants, formateurs, intervenants, tuteurs de stages...

## 6. Problématiques sexuelles des patients rencontrées par les ergothérapeutes

Plus des deux tiers des répondants (69,8%) ont déjà été confrontés à des problématiques sexuelles exprimées par leur patients. Ce chiffre montre qu'en effet, les ergothérapeutes font bien face à ce type de problématiques exprimées par leur patients au cours de leur pratique de façon notable. Les ergothérapeutes doivent intervenir en sexologie.

## 7. Fréquence de confrontation à des problématiques sexuelles

Les répondants ayant déjà été confrontés à des problématiques sexuelles exprimées par leur patients, l'ont été moins de 5 fois pour 47,7% d'entre eux. Moins de 10 fois pour 14,6% d'entre eux. Et plus de 10 fois pour 13,8% d'entre eux. Au total, 76,2% des répondants y ont été confrontés au moins une fois. Ainsi une grande partie d'entre eux ont fait face à cette problématique et pour une majorité ils y ont fait face à plusieurs reprises au cours de leur exercice d'ergothérapeutes. Ceci prouve une récurrence, avec un besoin d'aide sur le plan sexologique, exprimé par les patients.

*A noter que nous ne retrouvons pas le même chiffre de répondants "jamais confrontés à une problématique sexuelle" entre la question 6 et 7: il s'agit d'une erreur d'ordre informatique dans notre questionnaire. Nous avons modifié le questionnaire en cours de diffusion et la question 7 initialement "obligatoire" a été rendue "non obligatoire". Il s'agit d'une erreur technique qui rend l'interprétation de cette différence de répondants "jamais confrontés à une problématique sexuelle" biaisée.*

## 8. Les principales problématiques sexuelles rencontrées

Les principales problématiques sexuelles rapportées par les répondants de cette étude sont majoritairement de l'ordre de : comportements sexuels désinhibés, difficultés à se mouvoir, difficultés de positionnement, difficultés de communication, trouble de l'érection, troubles du désir, fatigabilité, difficulté dans la gestion de l'énergie/ de l'endurance, difficultés liées à l'environnement ou difficultés dans la réalisation de la tâche. Ces problématiques relèvent effectivement du champ de compétence de l'ergothérapeute, qui peut intervenir pour aider la personne dans son quotidien et tenter d'améliorer sa qualité de vie, sa satisfaction, son efficacité, sa sécurité, son indépendance et son autonomie, autour de ses occupations et/ ou de son environnement (« Qu'est ce que l'ergothérapie », s. d.).

## 9. pathologie acquise à l'origine des troubles de la sexualité

**31,2% des sujets interrogés expriment qu'il n'existait pas, à leur connaissance, de pathologie acquise à l'origine des troubles de la sexualité exprimés par leur patient. Or, aucune pathologie chronique et aucun handicap ne sont exempts de troubles potentiels de la sexualité. Ces réponses marquent une vraie méconnaissance du lien entre la pathologie acquise et le trouble sexuel potentiel, probablement lié au manque de formation en sexologie.**

Pour les autres réponses, on retrouve essentiellement des pathologies concernant les troubles neurologiques à l'origine des troubles de la sexualité rencontrés chez les patients accompagnés par les ergothérapeutes répondant à ce questionnaire.

## 10. Sentiment d'être compétent

Plus de la moitié des répondants (à 58,3%), exprime ne pas se sentir compétent et suffisamment formé pour répondre à des problématiques sexologiques exprimées par leur patients. **Ceci relève d'un chiffre déterminant pour cette étude, et nous pouvons alors supposer que les répondants n'ont pas suffisamment confiance en leurs compétences ou n'ont pas été suffisamment formés pour répondre à ces types de besoins exprimés par leurs patients.**

Dans notre étude, nous retrouvons un taux de 19,4% des répondants qui disent ne pas se sentir concernés à ce propos. Nous pourrions rapprocher ce chiffre à celui des sujets interrogés ne se sentant pas concernés par des problématiques sexuelles rencontrées par leur patient ou ceux qui n'y ont jamais été confronté (soit 30,2%).

Une étude sur "L'impact de l'équipement fonctionnel sur l'intimité et l'expression sexuelle" mentionne que "la sexualité est (...) un aspect de la vie qui est souvent évité par les professionnels de la santé" (Taylor, 2011) probablement par manque de formation spécifique en sexologie.

## 11. Sentiment d'être démuni ou illégitime

Ici, 46% des répondants, soit presque la moitié d'entre eux, se disent plutôt d'accord ou tout à fait d'accord sur le fait de s'être senti démuni et/ ou illégitime pour répondre à des problématiques sexuelles exprimées par leurs patients. **Ceci montre qu'il y existe un vrai sentiment d'illégitimité ou un sentiment de manque de compétence et de ne pas être capable de répondre de manière adaptée lors de ces situations.** Ceci peut être lié à un manque de base clinique au niveau de la formation d'ergothérapie.

Cependant 34,5% d'entre eux ne sont pas ou plutôt pas d'accord. On peut poser l'hypothèse que ce chiffre regroupe les répondants qui n'ont pas fait face à ces problématiques et qui ne se projettent pas sur ce type d'intervention en ergothérapie, ou bien ceux qui ne se sentent pas suffisamment formé mais pour autant se sentent légitimes à répondre à ce type de problématique, ou bien ceux qui ne sont pas d'accord avec ce type d'intervention en ergothérapie pour conviction personnelle par exemple.

A nouveau, 19,4% des répondants disent ne pas se sentir concernés à ce propos, même pourcentage que pour la question précédente, ainsi on peut émettre la même hypothèse.

## 12. Confrontation à des comportements sexuels inadaptés

74,8% des participants ont déjà été confrontés à des comportements sexuels inadaptés de la part de leur patient. Ainsi c'est effectivement un fait que les ergothérapeutes font face à des situations liées à la sexualité des patients et doivent avoir des connaissances spécifiques à ce domaine pour pouvoir réagir de façon adaptée et bien-traitante.

Dans une étude descriptive des besoins de formation sexologique prioritaires des étudiant(e)s en ergothérapie il est dit que "Dans l'ensemble, les participants se disent à l'aise d'intervenir et de traiter des questions de sexualité avec leurs patients, sauf lors de possibles tentatives de séduction du patient et dans la gestion des comportements sexuels." (Lecompte, 2013). Ceci peut paraître logique mais alors **comment réagir de façon adaptée s'il n'y a pas de formation initiale chez les professionnels?**

### 13. Sentiment de difficulté pour gérer des comportements sexuels inadaptés

Ainsi 64,6% sont d'accord pour dire qu'ils se sont sentis en difficulté pour gérer les comportements sexuels inadaptés de leurs patients. On peut en déduire que cela n'est pas aisé pour eux, du fait d'un manque de formation et/ou d'outils pour intervenir de façon adéquate lors de la situation difficile.

En revanche, 35,5% d'entre eux ne sont pas ou plutôt pas d'accord avec cela. On peut alors supposer que ce sont des personnes qui ont su intervenir correctement grâce à une formation reçue.

### 14. Formation sur les troubles liés à la sexualité et leur prise en charge

72,7% des répondants n'ont pas reçu de formation sur les troubles liés à la sexualité et à leur prise en charge. **Ce chiffre soulève la carence notable de formation en sexologie reçue par les ergothérapeutes durant leur cursus professionnel.** Pourtant, l'activité sexuelle constitue une activité de la vie quotidienne à part entière, et l'ergothérapeute est le spécialiste du lien entre l'activité humaine et la santé (Morel-Bracq et al., 2015). **En ce sens, pouvons-nous dire que la formation de l'ergothérapeute ne lui donne pas les pleines capacités pour exercer son rôle dans le champ de la santé sexuelle de ses patients ?**

### 15. Formation(s) de sexologie reçue(s)

68,3% des répondants n'ont reçu aucune formation en sexologie. Ceci rejoint et valide notre hypothèse sur le manque de formation en sexologie pour les ergothérapeutes. **La formation en sexologie chez les ergothérapeutes est donc éparse, pas systématisée et hétérogène, dépendant du lieu de formation et des initiatives personnelles.**

### 16. Les bilans en ergothérapie

Nous récoltons 94 réponses à cette question et 19 d'entre eux répondent négativement. Ainsi, **nous notons que 75 personnes, soit 54% des répondants au questionnaires, n'ont pas de bilans à proposer pour ces problématiques.** Ceci peut être lié, à nouveau, au manque de connaissances et au manque de formation sexologique en ergothérapie.

### 17. Les outils en ergothérapie

L'ensemble des outils mentionnés par les répondants peuvent convenir et sont des outils adaptés pour aborder ce thème en ergothérapie. **Ainsi, si les répondants ont peu confiance en eux sur leur approche en sexologie ou bien s'ils ne se sentent pas suffisamment formés, ils ont tout de même des notions sur des approches possibles et appropriées dans ce domaine.**

Néanmoins, **nous relevons qu'il manque la mention des questionnaires spécifiques de qualité de vie sexuelle** (ISS index of sexual satisfaction, ISL index of sexual Life, éducation), ceci est lié au manque de connaissance à ce sujet.

Chez les 15 réponses négatives (soit 10,8% des répondant) on retrouve l'idée d'un manque de ressources et de connaissances à ce sujet "je ne sais pas" ou "J'ai jamais eu de formation sur ça, si ça devait m'arriver franchement je ne sais pas quels outils j'utiliserai". L'aspect tabou est également

relevé, expliquant que cela pourrait faire obstacle à l'intervention "Pas trop d'idées, manque de formation et sujet qui peut parfois paraître "tabou"".

#### 18. La sexualité, signifiante et significative pour l'individu

Pour l'ensemble des participants (à 98,6%), la sexualité constitue effectivement une part signifiante et significative des occupations et activités de la vie quotidienne des individus.

Ainsi selon les répondants, **le rôle majeur de l'ergothérapeute - dans le soutien et l'accompagnement des occupations et les activités de vie quotidienne - est légitime à prendre sa place dans l'accompagnement de la vie intime et affective de ses patients.**

#### 19. Les problématiques au niveau des AVQ, des patients souffrant de problématique sexologiques

Selon les répondants, les problématiques au niveau des AVQ, perçues par les patients souffrant de problématiques sexologiques sont globalement toutes mentionnées à plus de 50%.

Cela s'explique peut-être par le fait que **les répondants ne se sont pas posé la question du lien entre les compétences de l'ergothérapeute et les compétences requises pour intervenir en sexologie.** Ainsi ceci met en évidence l'absence de formation en sexologie, donc même si les compétences du métier d'ergothérapeute sont effectives (comme prouvées par la question suivante), il n'y a pas eu de lien qui a été fait en amont lors de leur formation, entre l'intervention en ergothérapie et la capacité de l'ergothérapeute à prendre en charge la sexualité et ses troubles. Aussi ceci peut être mis en lien avec l'hypothèse validée du sentiment des répondants, pour 46% d'entre eux, d'être démunis ou d'être illégitimes à intervenir en sexologie.

#### 20. Le traitement ergothérapeutique

Selon les répondants, l'ergothérapie offre un traitement thérapeutique qui permet un gain de confort, de sécurité, de bien-être (procurer du plaisir, améliorer l'estime de soi...), d'autonomie, d'indépendance, de satisfaction pour 79,9% d'entre eux, de participation, d'efficacité.

Confort, Sécurité, Bien-être, Autonomie, Indépendance, Satisfaction, Participation, Efficacité, sont les objectifs finaux des interventions et s'inscrivent dans le champ de compétences de l'ergothérapeute (Villauré, 2019). Ces réponses permettent de percevoir le sens donné à la profession par les répondants.

#### 21. Ce sujet devrait être traité, de manière égale aux autres AVQ, par l'ergothérapeute

**95% des répondants pensent que l'aspect sexologique de la vie quotidienne devrait être traité de façon égale aux autres activités de la vie quotidienne par l'ergothérapeute.** Ce chiffre est significatif, il répond globalement à la problématique initiale. En effet, selon les ergothérapeutes et étudiants en ergothérapie répondant à ce questionnaire, la prise en soin holistique du patient passe également par les activités autour de la sexualité.

22. De façon personnelle, est-ce important pour vous d'aborder la sexualité avec un patient au cours de l'accompagnement en ergothérapie?

- a) Sur le plan personnel de tout un chacun des répondants, aborder la sexualité des patients au cours de l'accompagnement est important pour 74,8% soit les trois quarts d'entre eux. Ici nous pouvons voir les valeurs apportées au thème de la sexualité par les répondants pour une intervention en ergothérapie.
- b) Pour justifier leurs choix, les répondants ont effectivement les **notions du caractère occupationnel et du sens qui peut être mis dans l'activité sexuelle chez les individus ainsi que de la responsabilité du professionnel à aborder le sujet avec son patient.**

Pour ceux pour qui cela n'est pas important on retrouve l'aspect tabou du sujet, ils parlent de la gêne, ou bien le manque de formation avec le fait d'être démuni, le manque de compétence, ainsi que potentiellement un manque de reconnaissance de la profession avec le manque de moyens, ou le manque de temps accordé aux prises en charge et ainsi du caractère non "prioritaire" de la sexualité.

23. Vous pensez que vous abordez davantage ce sujet avec les patients si :

Plus de la moitié des répondants disent aborder davantage les problématiques sexuelles du patient avec lui si la question vient de sa propre initiative. **Ainsi on peut émettre l'hypothèse que cela vient d'une appréhension du professionnel à aborder ce sujet, par valeurs ou principes personnels** (25,2% des répondants qui ne trouvent ce sujet pas important à aborder lors de d'un accompagnement en ergothérapie), ou par manque de formation (72,7% des répondants n'ont pas reçu de formation sur les troubles sexologiques), de connaissances et d'outils. *Effectivement c'est naturel de ne pas creuser pour trouver quelque chose qu'on ne cherche pas ou ne connaît pas...*

24. Dans ce type de prise en charge, avez-vous parfois ressenti des appréhensions :

Nous relevons qu'il existe de vraies appréhensions chez les professionnels quant à l'intervention et l'abord de ce sujet auprès des patients. Ceci est notamment lié au sentiment de manquer de compétences chez 66,9% d'entre eux. **Indéniablement lié au manque de formation, ce chiffre est un indicateur majeur qui souligne le propos de cette étude. L'hypothèse d'un manque de formation étant validé car, nous le rappelons, 72,7% des répondants n'ont pas reçu de formation sur les troubles sexologiques.**

Ensuite il existe la peur d'être intrusif chez 66,2% d'entre eux, la pudeur chez 30,2% d'entre eux, le tabou lié au sexe chez 28,8% d'entre eux. Ces critères sont marqueurs d'un aspect sensible de ce sujet du fait d'une entité complexe et dépendante d'une multitude de facteurs comme décrits précédemment.

Mise en corrélation avec les résultats de l'étude "Pourquoi les professionnels de la santé ne parlent-ils pas de sexe ? Une revue systématique des études qualitatives récentes menées au Royaume-Uni" pour laquelle on retrouve que dix-neuf thèmes interconnectés ont émergé notamment la **peur d'«ouvrir une boîte de Pandore», le manque de temps, de ressources et de formation, l'inquiétude concernant les connaissances et les capacités, l'inquiétude d'offenser, un inconfort personnel et un manque de sensibilisation aux problèmes sexuels.** (Dyer & das Nair, 2013)

25. Pensez-vous qu'une formation en sexologie ( avec une évaluation des besoins de formations, d'éducation thérapeutique et de l'accompagnement sexologique) devrait être délivrée au cours de la formation à l'IFE ?

**94,2% des répondants sont d'accord pour dire qu'une formation en sexologie ( avec une évaluation des besoins de formations, d'éducation thérapeutique et de l'accompagnement sexologique) devrait être délivrée au cours de la formation à l'IFE.** Ceci est encore une fois un chiffre significatif est déterminant de cette étude, **affirmant l'adhésion à un besoin de formation sexologique en ergothérapie.** Si quasiment tous les répondants affirment avoir un besoin de formation, d'autant que 72,7% des répondants affirment ne pas avoir reçu de formation sur les troubles sexologiques, nous pouvons valider l'hypothèse qu'il existe un véritable manque de formation sexologique dans les études d'ergothérapie.

26. Pensez-vous qu'il serait pertinent de fournir systématiquement un support documenté autour du sujet de la sexologie aux patients qui se retrouvent en situation de handicap?

76,3% des participants pensent qu'il serait pertinent de fournir systématiquement un support documenté autour du sujet de la sexologie aux patients qui se retrouvent en situation de handicap. Ainsi, **les trois quarts des répondants sont en accord avec le fait que la sexologie représente un domaine important chez les personnes en situation de handicap, qui se doit d'être documenté et renseigné.**

27. Quelque chose à ajouter

Les participants sont globalement favorables à recevoir une formation sur la sexologie, ils sont encourageants face à ce travail de recherche, en valorisent la pertinence et souhaitent, pour certain, recevoir les résultats finaux de l'étude. **Cela permet de mettre en avant cette volonté générale de recevoir de la formation dans le domaine de la sexologie chez la population des ergothérapeutes.**

## 2 - Limites de l'étude

Le nombre de sujets ayant participé à l'étude reste faible : des études à plus grande échelle seraient nécessaires pour valider les résultats préliminaires de notre étude, sur les 14 000 ergothérapeutes diplômés, exerçant en France.

Notre étude est basée sur les données d'un questionnaire déclaratif et subjectif. Il faut ainsi interpréter avec prudence nos résultats:

Plusieurs biais sont à relever:

- Un biais de sélection de la population soignée dans le secteur de l'ergothérapie et notamment à l'IFE et le CHU de Toulouse.
- Un biais de non-participation des sujets non-répondeurs : la question de la sexualité reste encore un sujet tabou et difficile à aborder. De plus, on pourrait émettre l'hypothèse que les sujets non-répondeurs n'ont pas souhaité participer à notre étude soit parce qu'ils n'ont jamais fait face à des situations de ce registre, ou bien parce que dirigés par des convictions personnelles.

### 3 - Points forts de l'étude

Le recueil de données de notre étude est prospectif.

L'hétérogénéité de la population d'étude est particulièrement intéressante: il y a un large spectre d'âge (de 18 à 58 ans), d'une représentation de la population dans le monde du travail ou en études dans le domaine de l'ergothérapie

Il s'agit d'une étude originale qui explore un sujet trop souvent tabou et des troubles sous-diagnostiqués, elle répond donc à un besoin réel.

**L'étude vient mettre en lumière les besoins de formation et le manque de connaissance actuel quant à l'accompagnement sexologique des patients chez les ergothérapeutes en France.**

### 4 - Ouverture

Nous allons proposer un axe possible d'intervention en ergothérapie. Cependant, l'élaboration d'un plan d'accompagnement en ergothérapie s'établit en étroite collaboration avec la personne, afin qu'il lui soit personnalisé. Ainsi, ceci est à prendre avec une certaine distance puisque sa réalisation va fluctuer en fonction de la personne, de ses capacités, de sa motivation, de son engagement, de ses occupations et du contexte dans lequel elle se trouve au moment de l'accompagnement :

1. **Introduire le sujet de la sexualité:** permettre l'ouverture à la discussion après avoir établi une relation de confiance pour que la personne se sente à l'aise et en sécurité.
2. **Normaliser** la présence de ces difficultés, faire passer des prospectus, guides ou affiches autour de la sexologie. Si besoin, proposer de l'information générale au patient.
3. **Créer un environnement sans tabou** et utiliser des termes concrets et un discours basé sur des connaissances cliniques. Le moment doit être adapté et l'environnement sécuritaire pour aborder ce sujet intime.
4. **Evaluer :**  
Recueillir les **informations des habitudes de vie liées à la sexualité** pour comprendre quels sont les obstacles causant des difficultés sexologiques (des habitudes particulières, la fréquence, la vie sexuelle en couple ou non, prise potentielle d'un traitement, etc.)

**Évaluer la qualité de vie sexuelle**, comprendre les besoins, les déficiences et incapacités perçues ainsi que les freins (la fatigue, la sensibilité, l'amplitude articulaire, la force musculaire, le positionnement, les transferts et soins d'hygiène). Si possible, observer à travers l'analyse d'activité possible (de l'activité entière ou seulement d'une tâche), en situation écologique pour comprendre les difficultés et établir un plan d'intervention adapté

**Utiliser des outils d'ergothérapie :** la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO), le modèle EX PLISSIT, l'Outil d'évaluation multicientèle (OEMC), la Mesure des habitudes de vie (MHAVIE), le Processus de production du handicap (PPH), les questionnaires de qualité de vie sexuelle (ISS index of sexual satisfaction, ISL index of sexual Life, éducation)

5. **Rediriger le patient si nécessaire vers une prise en charge plus spécifique**, s'adapter à ses propres limites, qu'elles soient personnelles ou professionnelles. Des services plus spécialisés pourront parfois mieux répondre aux besoins du patient : gynécologue, médecin, psychologue, sexologue, etc. Aussi, il est parfois nécessaire que le patient consulte le médecin pour vérifier les potentielles contre-indications.
  
6. **Enseigner les stratégies et adapter l'environnement**: Un travail peut être fait sur la gestion d'énergie (adapter le positionnement pour des positions plus passives : sur le dos/ le côté, face à face, en cuillère / position passive, proposer des alternatives à la pénétration, moduler l'emploi du temps : les temps les plus adaptés pour optimiser le taux d'énergie, favoriser le repos : avant et après l'acte sexuel. Il est également possible d'intervenir sur la modification de la tâche: (anticipation de la tâche et organisation dans le temps: aller aux toilettes avant/ après, réaliser les auto-sondages, les soins d'hygiène, etc., préconiser des aides techniques telles que des aides à la préhension si faiblesse musculaire, pour la masturbation...). Il y a également la perception de la sexualité qui peut être travaillée en séance (discussion, prise de conscience collective, redéfinition de sa sexualité, l'exploration de soi, travail de la mémoire, travail des gestes sûres, prévenir les douleurs en s'organisant dans le temps ou avec des positionnements ...).
  
7. **Préconiser des aides techniques à la sexualité** (objets sexuels, aides au positionnement, stratégies...), pour permettre compenser une ou plusieurs incapacités (pénétration vaginale/ anale, la masturbation, la simulation de zone érogènes, changement de positions...) puis proposer des adaptations simples à leur utilisation, qui soit sûres. Sélectionner les objets les plus adaptés en sachant que certains ne conviendront pas toujours aux patients en fonction des facteurs que sont le coût, le confort, l'utilisation, l'accessibilité, l'intérêt, etc. (attention à l'hyper ou l'hypo sensibilité fonction des matières par exemple). Mettre en garde et réduire les risques d'incidents (hygiène, les risques liés à l'utilisation, et l'entretien). Le jugement clinique doit être systématique pour assurer la sécurité des patients. Il faut aussi prendre en compte l'aspect onéreux parfois de ces aides techniques qui n'ont pas pris en charge pas la sécurité sociale.
  - Lubrifiants pour réduire la douleur ou l'inconfort pendant les rapports sexuels
  - Stimulateurs sexuels : conçus pour stimuler les organes génitaux ou d'autres parties du corps (les vibromasseurs avec fixateurs, les anneaux péniens, les stimulateurs clitoridiens, etc.) et aides pour l'érection (des dispositifs conçus à maintenir une érection plus longtemps, les anneaux péniens, les pompes à vide et les injections pour l'érection)
  - Accessoires sexuels (des jouets sexuels, des préservatifs texturés, etc.)
  - Aides à la mobilité (aide pour se déplacer dans la chambre et atteindre les positions sexuelles souhaitées (des fauteuils roulants, barres d'appuis, rampes, etc.) et au positionnement (Handy lover ou autre dispositifs).

De plus, face à ce travail de recherche, certaines questions peuvent être amenées et pourraient être approfondies. Par exemple, l'idée d'une systématisation des propositions d'interventions diverses dans ce domaine, de la diffusion d'informations jusqu'à l'accompagnement thérapeutique des problématiques sexuelles des individus qui consultent leur soignant. Comme nous avons pu l'observer au travers de notre enquête, il y existe un réel besoin avec 76,3% des participants qui pensent qu'il

serait pertinent de fournir systématiquement un support documenté autour du sujet de la sexologie aux patients qui se retrouvent en situation de handicap. Ainsi, les trois quarts des répondants sont en accord avec le fait que la sexologie représente un domaine important chez les personnes en situation de handicap, qui se doit d'être documenté et renseigné. Ainsi, ceci pourrait se poser comme une solution concrète et efficace puisque, comme nous l'avons exposé, la demande ne vient que rarement des patients eux-mêmes, attendant que cela vienne du professionnel, ou ne sachant pas que cela peut être abordé en consultation. Il en revient donc de la responsabilité du professionnel de soin, d'au minimum proposer une ouverture à la discussion dans le domaine sexologique. Effectivement pour cela, il faut que ce dernier soit sensibilisé et formé pour aborder ce domaine qui peut s'avérer sensible au vu du contexte actuel. En outre, bien que les professionnels de soin manquent cruellement de formation et d'outils pour l'aborder, c'est un sujet qui fait sens et qui éveille leur intérêt. C'est effectivement ce que l'on a pu constater dans notre étude en observant un nombre important de participants lors de cette étude. Aussi, leurs retours et leurs nombreux encouragements à l'approfondissement de la recherche en ce sens permettent de valoriser cette idée.

Enfin, nous avons également questionné l'assistance sexuelle, une thématique encore régie par une politique "abolitionniste" en France qui se positionne de la même manière que pour le sujet de la prostitution, et si elle ne l'interdit pas, elle pose pourtant de nombreuses conditions qui l'entravent (Brasseur & Detuncq, 2014). Pourtant légale dans d'autres pays tels que les États-Unis (1970), les Pays-Bas (1982), le Danemark (1987), l'Allemagne (1995) la Suisse (2009), et la Belgique (2013) (Missoffe, 2015). C'est le combat de personnalités comme Jérôme Guedj ou Marcel Nuss qui lutte au travers de son association APPAS pour faire reconnaître que la misère sexuelle n'est pas le propre des personnes en situation de handicap. En ergothérapie la question d'assistance sexuelle peut se poser notamment au travers de la mise en place d'un projet d'intervention, pour répondre à l'objectif de maximiser bien-être, satisfaction sexuelle et qualité de vie de la personne. Il sera question, par exemple, de répondre de l'environnement humain avec la responsabilité de la mise en place du matériel préconisé, de son utilisation, de l'accompagnement des gestes sécurisés et difficiles pour la personne...

# Conclusion

La santé sexuelle est un droit universel dont doivent pouvoir jouir, en toute liberté, les sujets en situation de handicap. Hélas, la question de la sexualité reste encore un sujet sensible et tabou dans les différents domaines de notre société quels qu'ils soient et également dans le champ du soin.

L'ergothérapeute a un véritable rôle à jouer dans le maintien ou l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être des individus et il peut nettement accompagner ces personnes dans l'autonomie, l'indépendance, l'efficacité et la sécurité au niveau de l'activité sexuelle. Cela relève, en théorie, de son champ de compétences. Effectivement, notre étude nous a permis de montrer que les ergothérapeutes font bien face à des problématiques sexuelles exprimées par leurs patients.e.s., mais qu'ils ne se sentent pas suffisamment légitimes pour intervenir dans ces types de problématiques.

Or, ces difficultés à accompagner la sexualité de leurs patients semblent liées à un manque de formation et de connaissances cliniques suffisantes en sexologie, pour intervenir de manière adaptée. Pourtant, la quasi intégralité des ergothérapeutes - ici interrogés - considèrent que la prise en charge de l'activité sexuelle des individus devrait faire partie intégrante de leurs missions, à hauteur des autres activités de la vie quotidienne.

Pour que cela puisse être possible, nous pourrions imaginer intégrer des cours de sexologie dans le cursus de formation des ergothérapeutes, mettre en place des ateliers d'éducation thérapeutique sur la santé sexuelle en situation de handicap, permettre l'information et la connaissance sur ce sujet à travers l'affichage de documents, la distribution de flyers, l'encadrement de groupes de paroles, etc. Il serait également pertinent de systématiser la prise en charge sexuelle en introduisant la question sexuelle dans les bilans d'ergothérapie, en transmettant aux patients des stratégies possibles, en proposant des adaptations de leur environnement sexuel ainsi que des aides techniques sexuelles.

Finalement, le champ de compétences de l'ergothérapeute est large, riche et varié, et lui ouvrir les portes à une formation davantage approfondie pourrait lui permettre de se saisir de la santé sexuelle de ses patients, ce qui favoriserait une pratique à l'approche pleinement holistique.

# Bibliographie

A, D., & A, D. (2023, février 21). *Le ministère des Solidarités et de la Santé présente la deuxième feuille de route santé sexuelle 2021-2024 de mise en oeuvre de la Stratégie nationale de Santé sexuelle*. Ministère de la Santé et de la Prévention.

<https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/le-ministere-des-solidarites-et-de-la-sante-presente-la-deuxieme-feuille-de>

*Accès à la santé, aux droits sociaux et politiques | Égalité-femmes-hommes*. (s. d.). Consulté 21 février 2023, à l'adresse

<http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/acces-la-sante-aux-droits-sociaux-et-politiques>

Albert, I. (2014). Affirmer « le droit à la vie affective et sexuelle ». Entre désirs et réalités, entre permanence et changements. *Le Sociographe*, 47(3), 7-9.

<https://doi.org/10.3917/graph.047.0007>

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, (2010).

Brasseur, P., & Detuncq, P. (2014). L'assistance sexuelle : Qu'est-ce à dire ? Quels enjeux ? *VST - Vie sociale et traitements*, 123(3), 51-56.

*Chapitre IV : Personnes handicapées. (Articles L114 à L114-5)—Légifrance*. (s. d.). Consulté 18 mars 2023, à l'adresse

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA000006157554/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA000006157554/)

Charret, L., & Thiébaud Samson, S. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*, 45(1), 17-36. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0017>

Chatton, D., Desjardins, J.-Y., Desjardins, L., & Tremblay, M. (2005). La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. *Psychothérapies*, 25(1), 3-19.

<https://doi.org/10.3917/psys.051.0003>

Colson, M.-H. (2012). Sexualité et pathologies du vieillissement chez les hommes et les femmes âgés.

- Gérontologie et société*, 35 / 140(1), 109-130. <https://doi.org/10.3917/gs.140.0109>
- Colson, M.-H. (2016). Dysfonctions sexuelles de la maladie chronique, l'état des lieux. Première partie : Fréquence, impact et gravité. *Sexologies*, 25(1), 16-23.  
<https://doi.org/10.1016/j.sexol.2016.01.008>
- Courtois, R. (1998). Conceptions et définitions de la sexualité : Les différentes approches. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 156(9), 613.
- De La Santé Et Des Sports, M. (2010). *Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière*. Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.msscs.2010.01>
- Delaisse, A.-C., Bodin, J.-F., Charret, L., Hernandez, H., & Morel-Bracq, M.-C. (2022). *L'ergothérapie en France : Une perspective historique*. De Boeck Supérieur.
- Dupras, A. (2010). L'avenir de la sexologie. *Sexologies*, 19(2), 99-103.  
<https://doi.org/10.1016/j.sexol.2009.07.002>
- Dupras, A. (2012). Handicap et sexualité : Quelles solutions à la misère sexuelle ? *Alter*, 6(1), 13-23.  
<https://doi.org/10.1016/j.alter.2011.11.003>
- Dyer, K., & das Nair, R. (2013). Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United kingdom. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(11), 2658-2670. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02856.x>
- Esmail, S., Darry, K., Walter, A., & Knupp, H. (2010). Attitudes and perceptions towards disability and sexuality. *Disability and Rehabilitation*, 32(14), 1148-1155.  
<https://doi.org/10.3109/09638280903419277>
- Farine, A. (2014). *Comment les médecins traitants réagissent-ils face à une plainte sexuelle d'un homme de plus de 50 ans ? Enquête qualitative auprès de 12 médecins généralistes*.
- Giami, A. (2007). Santé sexuelle : La médicalisation de la sexualité et du bien-être. *Le Journal des psychologues*, 250(7), 56-60.
- Giami, A. (2016). De l'émancipation à l'institutionnalisation : Santé sexuelle et droits sexuels. *Genre, sexualité & société*, 15, Article 15. <https://doi.org/10.4000/gss.3720>

- Giami, A., Chevret-Méasson, M., & Bonierbale, M. (2009). Les professionnels de la sexologie en France : Quelques évolutions. Premiers résultats de l'enquête nationale (2009). *Sexologies*, 18(4), 265-269. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2009.09.010>
- Giami, A., & de Colomby, P. (2001). Profession sexologue ? *Sociétés contemporaines*, 41-42(1-2), 41-63. <https://doi.org/10.3917/soco.041.0041>
- Giami, A., Humbert, C., & Laval, D. (1983). *L'ange et la bête : Représentations de la sexualité des handicapés mentaux chez les parents et les éducateurs*. (p. 113). Editions de CTNERHI. <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00518277>
- Giami, A., Py, B., & Collectif. (2019). *Droits de l'Homme et sexualité : Vers la notion de droits sexuels?* Archives contemporaines.
- Grenier-Genest, A., & Courtois, F. (2021). Modèle d'intervention pour les difficultés sexuelles suivant un AVC. *Sexologies*, 30(2), 132-148. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2021.04.003>
- Handicap mental et vie affective et sexuelle*. (s. d.). Consulté 21 février 2023, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/handicap-mental-et-vie-affective-et-sexuelle>
- HCSP. (2016). Santé sexuelle et reproductive. In *Rapport de l'HCSP*. Haut Conseil de la Santé Publique. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>
- Hernandez, H. (2010). L'ergothérapie, une profession de réadaptation. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 30(4), 194-197. <https://doi.org/10.1016/j.jrm.2010.10.003>
- Hunter, E. G., Gibson, R. W., Arbesman, M., & D'Amico, M. (2017). Systematic Review of Occupational Therapy and Adult Cancer Rehabilitation : Part 2. Impact of Multidisciplinary Rehabilitation and Psychosocial, Sexuality, and Return-to-Work Interventions. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 71(2), 7102100040p1-7102100040p8. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.023572>
- Hyland, A., & Mc Grath, M. (2013). Sexuality and occupational therapy in Ireland—A case of ambivalence? *Disability and Rehabilitation*, 35(1), 73-80.

<https://doi.org/10.3109/09638288.2012.688920>

Institut Sexocorporel International Jean Yves Desjardins—Isi. (s. d.). Institut Sexocorporel

International. Consulté 13 mars 2023, à l'adresse <https://sexocorporel.com/de/>

Kedde, H., van de Wiel, H., Schultz, W. W., Vanwesenbeeck, I., & Bender, J. (2012). Sexual Health Problems and Associated Help-Seeking Behavior of People With Physical Disabilities and Chronic Diseases. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(1), 63-78.

<https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.569638>

Kraversky, D. G. (2020). *Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance (CO-OP) Approach : Evidence-Based, Occupation-Centered Intervention for Children*.

Krebs, L. U. (2007). Sexual assessment : Research and clinical. *The Nursing Clinics of North America*, 42(4), 515-529; v. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2007.07.004>

*La Déclaration universelle des droits de l'homme*. (2015, octobre 6).

<https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>

La profession. (s. d.). ANFE. Consulté 22 mars 2023, à l'adresse <https://anfe.fr/la-profession/>

Lecompte, M. (2013, février). *Étude descriptive des besoins de formation sexologique prioritaires des étudiant(e)s en ergothérapie* [Mémoire accepté]. Université du Québec à Montréal.

<https://archipel.uqam.ca/5508/>

Lefèvre-Renard, G., & Vauvillé Chagnard, B. (2016). Ergothérapie et vision : Un regard sur la vie quotidienne. *Contraste*, 43(1), 177-200. <https://doi.org/10.3917/cont.043.0177>

l'Europe, C. de. (2015). *Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique—Un outil pour mettre fin aux mutilations génitales féminines*. Council of Europe.

Levasseur, M., Tribble, D. S.-C., & Desrosiers, J. (2006). Analyse du concept qualité de vie dans le contexte des personnes âgées avec incapacités physiques. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 163-177. <https://doi.org/10.2182/cjot.05.0013>

Maslow, A. (2020). *Devenir le meilleur de soi-même : Besoins fondamentaux, motivation et*

*personnalité*. Editions Eyrolles.

Masters, W. H., Johnson, V. E., & Kolodny, R. C. (1977). *Ethical issues in sex therapy and research* (p. xix, 227). Little & Brown.

Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck Supérieur.

Miele, C., Lacambre, M., & Moulin, V. (2022). Exploration dimensionnelle des interactions sexualité/handicap psychique. Exemple d'application dans le champ de la psychose schizophrénique. *Sexologies*, 31(1), 61-69. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2021.10.001>

Mignot, J., & Troussier, T. (2015). *Santé sexuelle et droits humains*. De Boeck Supérieur.

Missoffe, P. (2015). L'admission judiciaire d'une formation théorique à l'assistance sexuelle pour les personnes en situation de handicap. *La Revue des droits de l'homme. Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux*. <https://doi.org/10.4000/revdh.1084>

Morel, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.

Morel-Bracq, M.-C., Offenstein, E., & Quevillon, E. (2015). *L'activité humaine : Un potentiel pour la santé ?* De Boeck Supérieur.

Nayak, L. (2013). Une logique de promotion de la « santé sexuelle ». L'assistance sexuelle en Suisse. *Ethnologie française*, 43(3), 461-468.

Organisation mondiale de la Santé. (2015). *Communication brève relative à la sexualité (CBS) : Recommandations pour une approche de santé publique*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204278>

Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck Supérieur.

Prévention, M. de la S. et de la, & Prévention, M. de la S. et de la. (2023, février 21). *Santé sexuelle*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>

Qu'est ce que l'ergothérapie. (s. d.). ANFE. Consulté 21 février 2023, à l'adresse

- [https://anfe.fr/qu\\_est\\_ce\\_que\\_l\\_ergotherapie/](https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/)
- Rogers, C. R. (1946). Significant aspects of client-centered therapy. *American Psychologist*, 1, 415-422.
- <https://doi.org/10.1037/h0060866>
- Rosenbaum, T., Vadas, D., & Kalichman, L. (2014). Sexual Function in Post-Stroke Patients : Considerations for Rehabilitation. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 15-21.
- <https://doi.org/10.1111/jsm.12343>
- Salama, S., Boitrelle, F., Gauquelin, A., Jaoul, M., Albert, M., Bailly, M., Wainer, R., & Veluire, M. (2012). Sexualité et infertilité. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 40(12), 780-783.
- <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2012.10.004>
- Santé sexuelle*. (2006). <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle>
- Sevène, A. (2014). Fonction sexuelle et handicap physique. *La Presse Médicale*, 43(10, Part 1), 1116-1119. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2014.04.016>
- Sevène, A., Akrou, B., Galimard-Maisonneuve, E., Kutneh, M., Royer, P., & Sevène, M. (2009). Sclérose en plaques et sexualité : Un modèle complexe. *Sexologies*, 18(2), 128-133.
- <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2009.01.010>
- socialistes, U. nationale des mutualités, handicapée), A. (Association socialiste de la personne, & Union nationale des mutualités socialistes. (2011). *Affectivité, Sexualité et Handicap. Guide à l'intention des institutions : Professionnels, usagers, parents*. Union nationale des mutualités socialistes.
- <https://www.solidaris-liege.be/mutualite/publications/nos-publications/affectivite-sexualite-et-handicap.html>
- Stiker, H.-J. (2013). *Corps infirmes et sociétés - 3e éd. : Essais d'anthropologie historique*. Dunod.
- Tableau-admission-2023-par-IFE.pdf*. (s. d.). Consulté 24 avril 2023, à l'adresse <https://sifef.fr/wp-content/uploads/2022/12/tableau-admission-2023-par-IFE.pdf>
- Talavera, M. (2020). *La prise en compte par les ergothérapeutes de la sexualité des patients en service de rééducation*. 108.

- Taylor, B. (2011). The Impact of Assistive Equipment on Intimacy and Sexual Expression. *British Journal of Occupational Therapy*, 74, 435-442.  
<https://doi.org/10.4276/030802211X13153015305637>
- Taylor, B., & Davis, S. (2007). The Extended PLISSIT Model for Addressing the Sexual Wellbeing of Individuals with an Acquired Disability or Chronic Illness. *Sexuality and Disability*, 25(3), 135-139. <https://doi.org/10.1007/s11195-007-9044-x>
- Thévenot, A. (2018). ► Libre comme un homme. La grande histoire de la pilule, Jonathan Eig, Globe/L'école des loisirs, traduit par Morgane Saysana, 2017 [2014], 430 p. *Recherches familiales*, 15(1), 181-183. <https://doi.org/10.3917/rf.015.0181>
- Vanel, J. (2017). La vie affective et sexuelle, et le désir de parentalité chez des personnes ayant un handicap psychique. *Pratiques en santé mentale*, 63e année(4), 5-11.  
<https://doi.org/10.3917/psm.174.0005>
- Villaumé, A. (2019). Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 19(109), 30-38. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2018.09.002>
- White, M. J., Rintala, D. H., Hart, K. A., Young, M. E., & Fuhrer, M. J. (1992). Sexual activities, concerns and interests of men with spinal cord injury. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 71(4), 225-231. <https://doi.org/10.1097/00002060-199208000-00005>
- World Health Organization. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF*. Organisation mondiale de la Santé.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42418>
- Yerxa, E. J. (1993). Occupational science : A new source of power for participants in occupational therapy. *Journal of Occupational Science*, 1(1), 3-9.  
<https://doi.org/10.1080/14427591.1993.9686373>
- Young, K., Dodington, A., Smith, C., & Heck, C. S. (2020). Addressing clients' sexual health in occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergothérapie*, 87(1), 52-62. <https://doi.org/10.1177/0008417419855237>

# Annexes

## Annexe 1 : Les droits humains à la santé sexuelle selon l’OMS, (Santé sexuelle, 2006) :

### Droits sexuels

Afficher moins



Il est de plus en plus admis que la santé sexuelle ne peut être assurée et protégée sans le respect et la protection de certains droits humains. La définition pratique des droits sexuels énoncée ci-après est une contribution au dialogue permanent sur les droits humains liés à la santé sexuelle. La transposition des droits humains déjà acquis dans le domaine de la sexualité et de la santé sexuelle fait de ceux-ci des droits sexuels. Les droits sexuels protègent les droits de chacun de vivre et d'exprimer sa sexualité et de vivre en bonne santé sexuelle, en tenant dûment compte des droits d'autrui et dans un cadre de protection contre la discrimination. (OMS, 2006a, actualisé en 2010)

« L'exercice de la santé sexuelle est lié au degré de respect, de protection et d'application des droits humains. Les droits sexuels englobent certains droits humains qui sont déjà reconnus dans des documents internationaux et régionaux sur les droits humains et d'autres documents faisant l'objet d'un consensus, ainsi que dans des lois nationales.

Au nombre des droits essentiels à la jouissance de la santé sexuelle figurent :

- les droits à l'égalité et à la non-discrimination ;
- le droit à ne pas être soumis à la torture et à d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ;
- le droit au respect de la vie privée ;
- es droits au plus haut niveau de santé possible (y compris la santé sexuelle) et à la sécurité sociale ;
- le droit de se marier et de fonder une famille, de se marier avec le consentement libre et total des époux qui ont l'intention de le faire, ainsi que d'être traité sur un pied d'égalité dans le mariage et en cas de dissolution de ce dernier ;
- le droit de décider du nombre d'enfants que l'on souhaite avoir et de l'espacement de ses grossesses ;
- les droits à l'information, ainsi qu'à l'éducation ;
- les droits à la liberté d'opinion et d'expression ;
- le droit à un recours effectif en cas de violations des droits fondamentaux.

L'exercice responsable des droits humains suppose que toutes les personnes respectent les droits d'autrui.

## Annexe 2 : Total de 23 heures de cours, dispensés à l'IFE de Toulouse, autour de la sphère de l'intimité et de la relation émotionnelle, grâce au bon vouloir du directeur de l'institut de formation

Année	heures	contenu	Intervenant
L3	2	Sexualité et anato-pathologie	Castel Lacanal
L3	3	Sexualité et handicap	Equipe IFE + personnes ressources
L3	6	Parentalité et handicap	Equipe IFE + IFRASS personnes ressources
L2	6	Intelligence émotionnelle	Krechman Laurent
L1	3	Intelligence relationnelle et émotionnelle	Mérodie Hecek et Carine Thibault
L1	3	Handicap et société	Jean-Michel Caire

### Annexe 3 : les modèles approche sexologiques

<b>Modèles généraux</b>	
<b>Interprofessionnels</b>	<b>Élaborés par des ergothérapeutes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modèle de résolution de problèmes</li> <li>• Modèles du handicap :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– modèle biomédical : CIH</li> <li>– modèle bio-psycho-social : CIF, PPH</li> </ul> </li> <li>• Modèle humaniste</li> <li>• Modèle systémique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modèles écologiques de la performance occupationnelle (PEO)</li> <li>• Modèle Personne – Environnement – Occupation – Performance (PEOP)</li> <li>• Modèle de l'Occupation Humaine, de Gary Kielhofner (MOHO)</li> <li>• Modèle Canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO)</li> <li>• Modèle KAWA (Rivière), de Michael Iwama</li> <li>• Modèle de compétence, de Jacqueline Rousseau</li> <li>• Modèle australien de la Performance Occupationnelle (OPM : A)</li> </ul>
<b>Cadres conceptuels, modèles appliqués ou cadres de référence</b>	
<b>Interprofessionnels</b>	<b>Élaborés par des ergothérapeutes</b>
Troubles physiques et cognitifs : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modèle biomécanique</li> <li>• Modèle neuro-développemental</li> <li>• Modèle cognitif</li> </ul> Troubles psychosociaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modèle psychodynamique</li> <li>• Modèle comportemental</li> <li>• Modèle cognitivo-comportemental</li> <li>• Modèle interactif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadre conceptuel du groupe Terminologie d'ENOTHE (CCTE)</li> <li>• Modèle du processus d'intervention en ergothérapie (OTIPM)</li> <li>• Modèle ludique, de Francine Ferland</li> <li>• Approche CO-OP</li> </ul>

### Annexe 4: Le modèles Ex Plissit:

C'est une nouvelle version basée sur le modèle « PLISSIT » initialement proposé en 1976 par Annon (Annon, J.: The PLISSIT Model: a proposed conceptual scheme for the behavioural treatment of sexual problems. J. Sex Educ. Ther. 2(1), 1–15 (1976)) qui se compose de 4 étapes. Il y a d'abord l'étape « Permission » qui instaure la nécessité d'obtenir l'autorisation du patient pour aborder le sujet de la sexualité avec lui. C'est l'étape initiale qui permet de définir ou non si l'on peut faire évoluer l'intervention dans ce sens. Il s'agit de mentionner ceci de façon directe (l'aborder directement) ou indirecte (via des prospectus informatifs par exemple, permettant de normaliser la présence de ces dysfonctions et la possibilité de l'aborder en réadaptation). Ensuite il y a l'étape « Limited information » ou information restreinte, lors de laquelle donc le professionnel donne des informations générales et factuelles de façon limitée au patient concernant la sexualité, la maladie, les effets potentiels des traitements... Puis il y a l'étape « Specific suggestion » ou suggestion spécifique : c'est l'étape après avoir recueilli les informations nécessaires pour pouvoir établir une expertise et proposer des solutions pertinentes en fonction de la personne, de ses besoins, de son contexte. Enfin, l'étape « Intensive therapy » ou traitement intensif qui constitue généralement l'étape où l'ergothérapeute redirigera le patient vers un professionnel avec une formation spécifique comme un sexologue. Le modèle Ex PLISSIT : revient sur le modèle PLISSIT et apporte l'étape une sorte de méta réflexion sur l'intervention. Le Ex de extended (étendu) de l'étape autorisation. Devient nécessaire alors d'obtenir l'autorisation du patient de pouvoir évoluer sur chacune des quatre étapes puis d'auto-évaluer l'intervention (ce qui aurait pu être mieux fait, mieux formulé, les améliorations

possibles...)(Taylor & Davis, 2007). Ce modèle est donc très pertinent et permet une approche cadrée pour intervenir dans les problématiques sexologiques des patients qui le nécessitent.

Annexe 5: Les numerus clausus des IFE de France: (tableau-admission-2023-par-IFE.pdf, s. d.)

Toulouse IFE (35 étudiants), Berck Lille (95 étudiants), la Musse Evreux (36 étudiants) puis l'IFE de Marseille à (33 étudiants), Clermont Ferrand-Cébazat IFE (25 étudiants), Grenoble IFE (30 étudiants), Lyon UCBL ISTR-département ergothérapie (45 étudiants), Nevers IFE (34 étudiants), Rennes IFE (75 étudiants), Tours IFE (32 étudiants), Mulhouse IFE (21 étudiants), Nancy IFE (54 étudiants), Amiens IFE (21 étudiants), Assas IFE (30 étudiants), Créteil UPEC IFE (80 étudiants), Meulan les Mureaux IFE (40 étudiants), Paris Adere IFE (60 étudiants), Institut Régional de Formation en ergothérapie IRFE la Réunion 25 étudiants), Alençon IFE (46 étudiants), CHU Rouen Normandie IFE (18 étudiants), Bordeaux IFE (45 étudiants), Limoges ILFOMER (34 étudiants), Poitiers IFE (20 étudiants), Montpellier IFE (80 étudiants), La Garde - IFE (30 étudiants), Laval IFE (20 étudiants), Besançon USMP (16 étudiants)

Annexe 6 : Nombre d'entités et capacités d'hospitalisation des établissements de santé par catégorie d'établissement en 2013 et 2019

	Entités		Nombre de lits		Nombre de places	
	2013	2019	2013	2019	2013	2019
<b>Secteur public</b>	<b>1 420</b>	<b>1 354</b>	<b>257 073</b>	<b>241 345</b>	<b>41 784</b>	<b>43 210</b>
CHR/CHU <sup>1</sup>	183	179	73 608	70 272	9 808	10 885
CH, hors anciens hôpitaux locaux	720	723	134 870	131 074	16 705	18 193
CH, anciens hôpitaux locaux	261	222	10 661	9 446	175	68
CH spécialisés en psychiatrie	98	92	25 904	21 935	14 648	13 602
Autres établissements publics	158	138	12 030	8 618	448	462
<b>Secteur privé non lucratif</b>	<b>685</b>	<b>671</b>	<b>58 261</b>	<b>56 385</b>	<b>12 961</b>	<b>14 753</b>
CLCC <sup>2</sup>	21	20	2 887	2 738	891	688
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	156	133	19 423	18 919	2 611	2 879
Établissements de soins de SSR	368	360	25 387	25 184	4 071	5 208
Autres établissements à but non lucratif	140	158	10 564	9 544	5 388	5 978
<b>Secteur privé à but lucratif</b>	<b>1 020</b>	<b>983</b>	<b>98 269</b>	<b>94 863</b>	<b>17 164</b>	<b>20 757</b>
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	534	478	58 152	51 073	13 296	14 076
Établissements de soins de SSR	335	343	27 044	29 316	2 671	4 517
Établissements de lutte contre les maladies mentales	145	153	12 571	14 076	1 197	2 105
Autres établissements à but lucratif	6	9	502	398	0	59
<b>Ensemble</b>	<b>3 125</b>	<b>3 008</b>	<b>413 603</b>	<b>392 593</b>	<b>71 909</b>	<b>78 720</b>

Annexe 7: Rapport de l'état actuel du marché en ergothérapie (De La Santé Et Des Sports, 2010)

Libéraux	Salariés hospitaliers	Autres salariés	Hommes	Femmes	Total
209	4.185	2.044	899	5.539	6.438
3,25%	66,25%	32%	14%	86%	100%

## Annexe 8 : Un dispositif national de stratégie de santé sexuelle

Les stratégies nationales : Les orientations stratégiques de la stratégie de santé sexuelle s'articulent autour de six axes :

- AXE I : Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive
- AXE II : Améliorer le parcours de santé en matière d'IST, dont le VIH et les hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge
- AXE III : Améliorer la santé reproductive
- AXE IV : Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables
- AXE V : Promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle
- AXE VI : Prendre en compte les spécificités de l'outre-mer pour mettre en œuvre l'ensemble de la stratégie de santé sexuelle . [\(A & A, 2023\)](#) + Éduquer dès le plus jeune âge à la vie relationnelle et sexuelle dans le respect des droits humains Améliorer l'impact des informations en santé sexuelle, en particulier chez les jeunes Renforcer la formation en santé sexuelle des professionnels de santé et médico-sociaux et du secteur éducatif et judiciaire

tel que (par exemple) :

- l'objectif 7 Soutenir et promouvoir les services à distance intégrant l'information, l'éducation, des outils de prévention et les dépistages en matière de santé sexuelle afin de favoriser l'autonomie des personnes (dépistages IST, information contraception...);
- l'objectif 31 Adapter aux besoins des personnes la capacité d'accueil et de prise en charge des appartements de coordination thérapeutique (ACT) ; Expérimenter des modalités alternatives d'appartements de coordination thérapeutique Favoriser les solutions de maintien à domicile via un accompagnement médicosocial approprié ; Déployer au sein des dispositifs d'hébergement sociaux des lieux d'intimité pour les personnes accueillies.
- l'objectif 59 Réduire les inégalités dans l'accès au soin, notamment pour les HSH PVVIH ; Développer une approche pluridisciplinaire associative et institutionnelle pour lutter contre les discriminations.
- l'objectif 65 : Élaborer des référentiels de bonnes pratiques relatives à la vie privée, au respect de la liberté et de la dignité des personnes, à destination des personnels intervenant dans les institutions hébergeant des personnes âgées et des personnes handicapées ; Mettre en place, au sein des établissements et services médico-sociaux (ESMS), des programmes de santé sexuelle et de promotion de la santé à destination des personnes handicapées par une éducation adaptée, un accompagnement des parents et des intervenants en institution ; Adapter l'éducation à la spécificité de chacun, dans le respect de son intimité et de son souci de discrétion. Promouvoir la formation des personnels soignants et éducatifs tant sur la question de la sexualité que sur le questionnement éthique dans ce rôle professionnel (52) ; Faciliter le contact des personnes handicapées physiques, faciliter l'accès à des moyens mécaniques de satisfaction sexuelle tout en favorisant les moyens facilitant l'autonomie des personnes handicapées (52) ; Valoriser et partager les démarches engagées par des établissements et des associations dans le champ du handicap ; Inscrire l'accompagnement de la vie relationnelle de la personne handicapée mentale dans chaque projet individualisé et

ce en collaboration étroite avec les familles ; Élaborer des référentiels pour les professionnels de santé afin d'accompagner les femmes et les couples à l'apparition des dysfonctionnements sexuels liés à l'âge

Ainsi, l'ergothérapie et les compétences sont corrélées à ces stratégies , nous avons toute notre place dans ce type d'accompagnement.

#### Annexe 9 : Une approche approfondie en sexologie: l'approche sexo-corporelle

“L'Approche sexocorporelle définit la santé sexuelle comme étant le développement, l'intégration et l'harmonisation des différentes composantes qui interagissent dans la sexualité humaine” (...) “Le postulat de l'unité fondamentale « corps-cerveau/cerveau-corps » est aussi valable dans d'autres champs que la sexologie. Dès qu'une émotion est vécue, elle a inévitablement son reflet dans le corps. De la même façon, une modification corporelle aura son reflet intrapsychique “ (Chatton et al., 2005). La connexion inséparable corps-esprit / esprit-corps comme unité fondamentale. Chaque perception, émotion et cognition (corps implicite) à son miroir au niveau neurophysiologique (corps explicite) et vice versa. Nous appelons cela le miroir corporel. (*Institut Sexocorporel International Jean Yves Desjardins - isi, s. d.*)

#### Annexe 10 : Le questionnaire

# La place de l'ergothérapeute dans la prise en charge de la sexualité chez les sujets en situation de handicap en France

Bonjour, je suis en 3ème année à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse et je souhaite réaliser un mémoire sur la place de l'ergothérapeute dans l'accompagnement sexologique des sujets en situation de handicap en France. En effet, c'est un sujet qui m'intéresse beaucoup et qui me semble très important notamment dans le cadre du métier d'ergothérapeute qui vise à permettre aux personnes d'avoir une qualité de vie satisfaisante.

L'objectif de mon questionnaire est d'investiguer afin de connaître et d'analyser le degré d'importance accordé par les ergothérapeutes au sujet de la sexualité dans leur pratique.

- Découvrir si la sexualité des patients est questionnée dans la pratique
- Découvrir les éventuels freins et facilitateurs à la prise en compte de la sexualité des patients

La population ciblée est la suivante : les ergothérapeutes et étudiants en ergothérapie, de tout âge, tout sexe et de toute expérience travaillant auprès de personne en situation de handicap en France.

\* AVQ = activité(s) de la vie quotidienne

Inspiré du mémoire "Prise en charge des troubles de la sexualité : Quels sont les besoins sexologiques rencontrés auprès des patients et la formation reçue par les médecins de Médecine Physique et de Réadaptation en France ?" par Docteur Claire Cézard, 2020, à l'UNIVERSITÉ PAUL SABATIER TOULOUSE FACULTÉ DE MÉDECINE DE RANGUEIL ET PURPAN

## I. Identification du répondant

1. Mon âge: \*

Votre réponse

---

2. Je suis: (une seule réponse possible) \*

- Une femme
- Un homme
- Intersexe
- Autre

3. a) Je travaille actuellement en : (une seule réponse possible) \*

- Structure ambulatoire (cabinet libéraux et salariés, centre de santé)
- Établissements médico-sociaux (SESSAD, CMPP, IME, MAS, FAM, EHPAD, USLD, UEROS,...)
- Etablissements hospitaliers (hôpitaux publics, clinique privée ou établissements privés d'intérêt collectif)
- Étude d'ergothérapie (et avoir déjà effectué un stage)

3. b) Précisez le type de service dans lequel vous travaillez

Votre réponse \_\_\_\_\_

4. Année d'obtention du DE d'ergothérapeute: \*  
(mettre "étudiant" si vous ne l'êtes pas encore )

Votre réponse \_\_\_\_\_

5. De quel IFE êtes-vous diplômé (ou étudiez) ? : \*

- Clermont Ferrand-Cébazat IFE
- Grenoble IFE
- Lyon UCBL ISTR-département ergothérapie
- Nevers IFE
- Rennes IFE
- Tours IFE
- Mulhouse IFE
- Nancy IFE
- Amiens IFE
- Berck Lille IFE
- Assas IFE
- Créteil UPEC IFE
- Meulan les Mureaux IFE
- Paris Adere IFE
- Institut Régional de Formation en Ergothérapie (IRFE) (La Réunion)
- Alençon IFE
- La Musse Evreux IFE
- CHU Rouen Normandie IFE
- Bordeaux IFE
- Limoges ILFOMER
- Poitiers IFE
- Montpellier IFE
- Toulouse IFE
- La Garde - IFE
- Marseille IFE
- Laval IFE
- Autre : \_\_\_\_\_

## II. Expérience professionnelle sur le terrain

D'un point de vue médical, les troubles sexuels sont définis comme une plainte exprimée par le patient et/ou le couple concernant son bien-être, son épanouissement et sa santé sexuelle. Ils comprennent notamment:

- Troubles du désir
- Troubles de l'érection
- Troubles de la lubrification
- Troubles de l'éjaculation
- Troubles de l'orgasme
- Dyspareunie (douleurs génitales pendant les rapports sexuels)
- Comportement sexuel inadapté de type désinhibition

Aussi, d'un point de vue ergothérapique, la sexualité comprend les problématiques dans la réalisation de l'activité en soi, elle porte sur les habitudes de vie liées à la sexualité et/ou les déficiences et incapacités spécifiques de la personne.

Quelques exemples:

- Evaluer les capacités résiduelles avec bilan musculaire et articulaire
- Force de préhension des mains: impact sur la masturbation ou prise d'objets sexuels
- Evaluer la sensibilité générale,
- Evaluer l'endurance
- Evaluer les déplacements, les transferts, l'environnement (accessibilité au lit)
- Evaluer les soins d'hygiène.

6. Au cours de votre exercice ergothérapique (stage compris), avez-vous déjà été \*  
confronté à des problématiques sexuelles exprimées par vos patients ?

(une seule réponse possible)

- Oui
- Non

7. Si oui, combien de fois ?

(une seule réponse possible)

- Jamais
- Moins de 5 fois
- Moins de 10 fois
- Plus de 10 fois

8. Quelles étaient les problématiques sexuelles rapportées par les personnes concernées? \*

(plusieurs réponses possibles)

- Troubles du désir
- Trouble de l'érection
- Trouble de la lubrification
- Trouble de l'éjaculation
- Trouble de l'orgasme
- Comportement sexuel désinhibé
- Dyspareunie (douleurs génitales pendant les rapports)
- Difficultés à se mouvoir et/ou à se positionner (déplacements et transferts ou mouvements des bras et des mains avec les préhensions..)
- Difficultés dans la réalisation de la tâche: les stratégies pour effectuer la tâche sont difficiles à réaliser (nécessité d'un sondage urinaire avant les rapports sexuels, se déshabiller...)
- Difficulté au niveau du schéma corporel/ de la proprioception ( la gestion du corps en mouvement suite à un changement physique par exemple)
- Difficultés de communication (pour exprimer ses besoins, pour se comprendre avec son partenaire...)
- Difficultés liées à l'environnement (équipement inadapté, lieu de vie ne permettant pas ou freinant l'accès à une intimité/ une hygiène correcte : institution, chambre partagée..., difficulté d'accessibilité au lit...)
- Fatigabilité, Difficulté dans la gestion de l'énergie/ de l'endurance
- Trouble de la sensibilité (hypersensibilité/ hyposensibilité)
- Douleurs articulaires
- Inconfort
- Faiblesse musculaire
- Spasticité
- Aucune de ces réponses
- Autre : \_\_\_\_\_

9. Existait-il une pathologie acquise à l'origine des troubles de la sexualité ? \*  
(plusieurs réponses possibles)

- Non
- Trauma crânien
- Sclérose en plaques
- Blessure médullaire
- Accident vasculaire cérébral
- Syndrome de la queue de cheval
- Pathologie cardio-vasculaire
- Pathologie pulmonaire
- Pathologie oncologique
- Séquelles chirurgicales
- Pathologie psychiatrique
- Sclérose Latérale Amyotrophique
- Maladie de Parkinson
- Démence de type Alzheimer
- Autre démence
- Autre : \_\_\_\_\_

10. Vous êtes-vous senti compétent et suffisamment formé pour répondre à cette problématique ? \*  
(une seule réponse possible)

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas d'accord
- Pas concerné

11. Vous êtes-vous senti démuni et/ou illégitime pour répondre à cette problématique ? \*

(une seule réponse possible)

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas d'accord
- Pas concerné

12. Au cours de votre exercice ergothérapique, avez-vous déjà été confronté à des comportements sexuels inadaptés de la part de patients ? (Exemple: propos inadaptés, provocation sexuelle, initiation à un acte inadéquat, désinhibition sexuelle, addiction sexuelle...) \*

(une seule réponse possible)

- Oui
- Non

13. Si oui, vous êtes-vous senti en difficulté pour gérer ces comportements sexuels inadaptés? (une seule réponse possible)

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas d'accord

14. Avez-vous déjà reçu une formation sur les troubles liés à la sexualité et leur prise en charge ? \*

(une seule réponse possible)

- Oui
- Non

15. Quel(s) type(s) de formation(s) de sexologie avez-vous reçu(s) ? \*

(une seule réponse possible)

- Aucune
- Cours dans le cadre du service de stage
- Cours dans le cadre d'un Diplôme Universitaire
- Cours dans le cadre d'un congrès
- Autre : \_\_\_\_\_

16. S'il vous est arrivé de rencontrer cette problématique avec vos patients, avez-vous passé des bilans auprès d'eux?

(MCRO, mise en situation pour analyse d'activité, entretien OCAIRS, MHAVIE, mesure de la qualité de vie...)

Votre réponse

\_\_\_\_\_

### III. Perception et intérêt personnel pour cette compétence d'accompagnement thérapeutique

17. Selon vous, quels outils pourraient permettre d'aborder ce thème avec les patients? \*

Votre réponse

---

18. Pensez-vous que la sexualité puisse constituer une part signifiante et significative des occupations et activités de la vie quotidienne chez l'individu? \*

Oui

Non

Autre : 

---

19. Selon vous les problématiques au niveaux des AVQ, perçues par les patients souffrant de problématique sexologiques sont de types (plusieurs réponses possibles) : \*

Inconfort

Insécurité

Mal-être/ souffrance

Dépendance

Insatisfaction

Non-participation

Inefficacité

Aucune de ces réponses

Autre : 

---

20. Selon vous, l'ergothérapie offre un traitement thérapeutique qui permet un gain de (plusieurs réponses possibles) : \*

- Confort
- Sécurité
- Bien-être (procurer du plaisir, améliorer l'estime de soi...)
- Autonomie
- Indépendance
- Satisfaction
- Participation
- Efficacité
- Aucune de ces réponses
- Autre : \_\_\_\_\_

21. Pensez-vous que ce sujet devrait être traité, de manière égale aux autres AVQ, par l'ergothérapeute? \*

(une réponse possible)

- Oui
- Non

22. a) De façon personnelle, est-ce important pour vous d'aborder la sexualité avec un patient au cours de la prise en charge en ergothérapie? \*

- Oui
- Non

22. b) Justifiez votre choix \*

Votre réponse \_\_\_\_\_

23. Vous pensez que vous abordez davantage ce sujet avec les patients si : \*

- La pathologie de ce dernier touche de façon évidente la sexualité (exemple : blessé médullaire)
- La problématique sexologique est abordée avec d'autres soignants (ex: érection pendant la toilette par l'aide-soignant(e))
- La question vient du patient
- Si un questionnaire systématique de qualité de vie sexuelle est mis en place dans un protocole de soin
- Aucune de ces réponses
- Autre : \_\_\_\_\_

24. Dans ce type de prise en charge, avez-vous parfois ressenti des appréhensions telles que :

\*

- Sentiment de manquer de compétences
- Pudeur
- Peur d'être intrusif
- Tabou lié au sexe
- Aucune de ces réponses
- Autre : \_\_\_\_\_

25. Pensez-vous qu'une formation en sexologie ( avec une évaluation des besoins de formations, d'éducation thérapeutique et de prise en charge sexologique) devrait être délivrée au cours de la formation à l'IFE ? (une seule réponse possible) \*

\*

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Neutre
- Plutôt pas d'accord
- Pas d'accord

26. Pensez-vous qu'il serait pertinent de fournir systématiquement un support documenté autour du sujet de la sexologie aux patients qui se retrouvent en situation de handicap? \*

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Neutre
- Plutôt pas d'accord
- Pas d'accord

27. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Votre réponse

---

C'est la fin du questionnaire, je vous remercie beaucoup du temps que vous avez accordé à mon travail :)

Kaëna LOIL

Etude sur “Quelle est la place de l’accompagnement sexologique dans le processus d’intervention de l’ergothérapeute en France ?”. Réalisé par Kaëna LOIL, soutenue par Claire Cézard.

Mots clé: sexualité, accompagnement, ergothérapie, la formation générale, santé sexuelle

## Résumé

La sexualité représente encore un sujet sensible et tabou et ceci se retrouve dans la pratique des ergothérapeutes. Cependant, ce dernier a un véritable rôle à jouer pour opérer dans le maintien ou l’amélioration de la qualité de vie et du bien-être des individus. Notre étude nous permet d’observer que les ergothérapeutes ne se sentent ni suffisamment légitimes ni suffisamment formés pour intervenir dans ces types de problématiques. Aussi nous avons pu valider l’hypothèse que ceci est lié au manque de formation et de connaissances cliniques suffisantes pour intervenir de manière adaptée.

Study : “What is the place of sexological support in the intervention process of occupational therapists in France?”. Directed by Kaëna LOIL, supported by Claire Cézard.

Keywords: sexuality, support, occupational therapy, general education, sexual health

## Abstract

Sexuality is still a sensitive and taboo subject and this is reflected in the practice of occupational therapists. However, they have a real role to play in maintaining or improving the quality of life and well-being of individuals. Our study allows us to observe that occupational therapists do not feel sufficiently legitimate or adequately trained to intervene (or get involved) in these types of problems. Therefore We have been able to validate the hypothesis that it is due to a lack of training and sufficient clinical knowledge to intervene in an appropriate manner.