

Institut de Formation La Musse



Privation occupationnelle en EHPAD, l'accompagnement en ergothérapie sur le plan de la sexualité des personnes âgées en institution

Mémoire d'initiation à la recherche

BOUCKAERT Élise

Promotion 2021-2024

BESNIER Flora

Maître de mémoire

CHARTE ANTI-PLAGIAT



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

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

Article 1 :

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

Article 2 :

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

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation¹ et du Code pénal², il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

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

Je soussigné-e BOUCKAERT Elise

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

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

Fait à Amiens

Le 06/05/2024 signature

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

² Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

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

REMERCIEMENTS

Avant tout, je souhaiterais remercier mes parents qui m'ont toujours épaulé et soutenu dans mes choix, et qui m'ont permis d'être là où j'en suis aujourd'hui.

Je tiens également à remercier ma maîtresse de mémoire, Flora Besnier, pour les conseils et la bienveillance apportés tout au long de son accompagnement pour ce travail de recherche.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFE La Musse de s'être montrée aussi présente et attentive au cours de mes trois années de formation. Je remercie également les secrétaires administratives pour leur gaieté et leur réassurance quotidienne.

Aussi, je tiens à remercier l'ensemble des professionnels ergothérapeutes pour le temps accordé et le partage de leurs expériences pour la réalisation de ce travail.

Particulièrement, je remercie mes amis Valentine et Antoine, qui n'ont jamais cessé de me donner le sourire au quotidien, en plus de m'accorder une fidèle et attentive oreille. Je remercie également l'ensemble des personnes, dont ma marraine de promotion Elisa et mon amie Léa, qui m'ont conseillé et ont participé aux relectures de ce mémoire, ainsi que pour le temps et l'énergie accordé.

J'adresse mes sincères remerciements à l'ensemble de mes camarades de promotion, certains devenus de très chers amis, pour les moments partagés ensemble au cours de ces trois riches années. Je les remercie pour le bouquet d'émotions ressenties durant ces années mussiennes, qui resteront à jamais de beaux et véritables souvenirs.

Enfin, je remercie ma très chère amie, Lou, qui m'a toujours encouragée à donner le meilleur de moi-même dans la formation comme dans la vie.

*« Le grand âge ne devrait en aucun cas justifier de la privation des libertés
fondamentales accordées à l'Homme. »*

Antoine Boinet

SOMMAIRE

Liste des abréviations

I	Introduction	1
II	Cadre contextuel	2
III	Cadre conceptuel	4
1)	La sexualité	4
1.1	Définitions.....	4
1.2	La sexualité comme occupation	5
2)	L'intimité	6
2.1	L'intimité de la personne âgée en EHPAD	6
2.2	L'autocensure des résidents.....	7
2.3	La relation de couple en EHPAD	7
2.4	La représentation de la sexualité des personnes âgées pour les soignants 8	
3)	Le concept de santé sexuelle	9
3.1	Définition du concept	9
3.2	L'impact de la privation occupationnelle sur la santé sexuelle	10
4)	L'ergothérapie.....	11
4.1	Définition.....	11
4.2	Occupation et activité	12
4.3	L'ergothérapeute, acteur de prévention de la santé et de la santé sexuelle 13	
4.4	Le lien entre ergothérapie et sexualité.....	14
5)	Le modèle PEOP	15
5.1	Définition du modèle	15
5.2	Utilisation du PEOP	16
5.3	L'utilisation du modèle PEOP dans le cadre de la privation occupationnelle 17	

6)	L'entretien exploratoire.....	18
7)	Le modèle EX-PLISSIT	19
7.1	Définition du modèle	19
7.2	Utilisation du modèle.....	21
7.3	EX-PLISSIT et ergothérapie.....	22
IV	La question de recherche	23
V	Les hypothèses de recherche.....	23
VI	Le cadre expérimental	24
1)	Dispositif méthodologique et choix de la méthode de recherche	24
2)	L'échantillonnage	25
2.1	Constitution de l'échantillon	25
2.2	Prise de contacts	26
3)	L'entretien	27
3.1	Les professionnels interrogés	27
3.2	Passation des entretiens.....	27
4)	Résultats	28
4.1	La sexualité en EHPAD.....	28
4.2	Les facteurs de privation occupationnelle sur le plan de la sexualité des résidents.....	29
4.3	L'utilisation d'un ou plusieurs modèles conceptuels.....	30
4.4	Le positionnement du soignant dans l'abord de la sexualité des résidents	31
4.5	La connaissance du modèle EX-PLISSIT	32
5)	Discussion.....	33
5.1	Conclusion des résultats	33
5.2	Retour sur les hypothèses de recherche.....	37
5.3	Biais et limites de l'enquête.....	38
5.4	Projections et perspectives de poursuite du travail	40

5.5	Projections professionnelles.....	41
VII	Conclusion.....	42
	BIBLIOGRAPHIE.....	44
	ANNEXES	0

LISTE DES ABREVIATIONS

ANFE : Association Nationale des Ergothérapeutes Français

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GRIMN : Groupe de Recherche Interdisciplinaire sur les Maladies Neuromusculaires

MCPO : Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEOP : Person-Environment-Occupation-Performance

WFOT : World Federation of Occupational Therapists

I Introduction

Le développement de l'individu est rythmé par de nombreuses étapes dans sa vie. Il passe de l'état de fœtus puis de nourrisson. Il devient ensuite enfant, adolescent, avant de s'épanouir en adulte et enfin, de s'éteindre en tant que personne âgée (Ameline & Levannier, 2021). C'est d'ailleurs à l'adolescence que les individus commencent à se questionner et à expérimenter leur sexualité (Chiland, 2014). Mais alors qu'en est-il des désirs sexuels des séniors ? Pour la plupart d'entre nous, les personnes âgées n'éprouvent plus de désir sexuel. Soit parce qu'elles ressentent moins de désir et aspirent à moins de fantasmes, soit pour des raisons physiques (Bereder, 2023) liées à une santé plus fragile, et aux « *bioperformances sexuelles* » (Bondil, 2008). Étant donné l'intimité du sujet, aborder le sujet de la sexualité peut s'avérer être délicat, aussi bien pour le patient qui rencontre une difficulté que pour le soignant (Dr Goulet & Fortin, 2017).

Pourtant, la sexualité chez les séniors demeure au fil des âges. Elle n'inclue pas de « *date de péremption* » (Guyot cite Agrapart, 2022). Ce sont nos représentations sociales qui nous conduisent à avoir une vision erronée de la vie intime des personnes âgées (Comité National d'Éthique sur le Vieillissement du Québec, s.d.).

A la suite de cette constatation, un questionnement sur la sexualité des personnes âgées en EHPAD (Établissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes) a fait son apparition, et plus précisément sur l'intervention de l'ergothérapeute dans la privation occupationnelle des résidents en EHPAD, sur le plan de leur sexualité.

Ainsi, au fur et mesure de cet écrit, nous aborderons successivement les différents questionnements et réflexions qui découlent de cette thématique, au sein d'un contexte précis, jusqu'à l'obtention de la question de départ. Découleront ensuite les concepts et recherches théoriques effectués au sein du cadre conceptuel. De ces données, la question et les hypothèses de recherche seront proposées. Par la suite, le cadre expérimental sera présenté en comprenant la méthodologie de recherche, l'analyse des résultats et la discussion. A l'issue de cette dernière, les biais et limites de l'enquête seront exposés, ainsi que les perspectives de recherche et les projections personnelles émanant de ce travail. Pour terminer, cet écrit se clôturera par la présentation de la conclusion.

II Cadre contextuel

Cette deuxième partie traitera du contexte d'émergence du sujet. L'usage du pronom personnel « je » sera alors naturellement utilisé.

Comme citée précédemment, la question de la sexualité chez les personnes âgées reste un sujet peu évoqué dans la sphère sociale. La sexualité de nos aînés n'est pas plus abordée dans l'espace public que dans les institutions. Elle est entourée de mythes (Bondil, 2008), vue auparavant comme un phénomène de « *lubricité* » et influencée par les croyances (Thomas & Hazif-Thomas, 2021) et représente encore un tabou dans nos sociétés occidentales, malgré le vieillissement de la population et l'évolution des mœurs au cours des époques (Bereder, 2023). A travers les âges, l'acceptation et la mise en lumière de la vie sexuelle des personnes âgées s'avèrent être laborieuses.

Des interrogations ont pu émerger de cette réflexion : comment aborde-t-on la sexualité des personnes âgées en EHPAD ? Est-elle existante et comprise par le personnel soignant, mais surtout est-ce un sujet accessible pour les résidents ? Ou a contrario, est-elle totalement mise à l'écart par l'équipe soignante s'agissant des besoins et des souhaits des personnes âgées vivant en EHPAD ?

C'est au cours de mon stage de première année que j'ai pu me rendre compte que la question n'était pas abordée par les professionnels (ergothérapeutes, aides-soignantes, infirmières). J'ai également pu observer ce type de situation lors d'un de mes stages de deuxième année en EHPAD : le sujet n'était évoqué ni par les résidents, ni par les soignants, vu comme incommode (pas de mises à disposition de chambres doubles, irruption des soignants dans les chambres).

A travers ces observations, je me suis donc questionnée sur le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de la sexualité de la personne âgée résidant en EHPAD. Pouvons-nous agir dans la garantie de cette dernière, ou est-ce le rôle d'un autre professionnel ?

De nos jours, la personne âgée est vue comme asexuée (Comité national d'éthique sur le vieillissement, 2021), c'est-à-dire qu'elle ne recherche aucune source de plaisir liée à la sexualité (désirs, fantasmes, caresses, activités sexuelles proprement dites). Comment les seniors peuvent-ils continuer à s'épanouir, en fonction de leurs capacités et leurs besoins, si la société actuelle les enferme dans une image non représentative de leurs désirs (Comité Nationale d'Ethique sur le vieillissement du Québec, 2021) ?

Selon le CHU de Québec, 79% des hommes et 65% des femmes âgées de 60 à 69 ans conserveraient une vie sexuelle (Laumann & Waite, 2008). La pénétration aurait une certaine importance pour 55% des hommes et 23% des femmes en couple de 60 à 80 ans s'agissant de leur satisfaction sexuelle (Lefebvre des Noettes & Gauillard, 2015). La sexualité demeurerait donc une occupation non négligeable chez les séniors, et amènerait ainsi une satisfaction et une qualité de vie.

Selon le rapport français Les Petits Frères du Pauvre (2022, p.74), 70% des individus de 60-64 ans ont des relations sexuelles, et 32% des 80-84 ans également (8% supérieur à 85ans). Nous retrouvons également cette notion d'importance, d'activités dites signifiantes, soit faisant sens pour la personne, de la sexualité puisque « *pour 47% des seniors, les relations intimes restent importantes et pour 25%, elles sont même essentielles* » (Les Petits Frères du Pauvre, 2022, p.57). Néanmoins, les rapports sexuels à proprement dits ne sont pas toujours les plus recherchés par les personnes âgées. Ces dernières se tournent davantage vers les activités telles que dormir ensemble, s'embrasser, se tenir la main (Les Petits Frères du Pauvre, 2022).

Mais alors qu'en est-il de la sexualité des résidents en EHPAD ? Il semble judicieux de rappeler ici que dans ces institutions de vie, l'âge légal pour y être admis est 60 ans minimum. Les données citées précédemment peuvent donc s'appliquer à la population âgée résidant en EHPAD. D'ailleurs, la vie sexuelle chez les séniors résidant en institution se pratiquerait davantage seule, soit par la masturbation. Seulement 8% des résidents déclareraient avoir une sexualité (Les Petits Frères du Pauvre, 2022).

Face à ces chiffres, un questionnement émane quant aux moyens mis en œuvre par ces établissements pour accompagner la sexualité de leurs résidents.

Il semble donc pertinent de rappeler que la personne âgée est un individu de droit (article 1^{er} de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, 1789). D'un point de vue légal, le droit à l'intimité inclut la sexualité (article 9 du Code Civil, droit à la vie privée), « *toute personne prise en charge par des établissements [...], le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité* » (l'article L.311-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles). Également, selon l'article 27 de la loi ASV (2016) « *Les maisons de retraite médicalisées [...] sont, à la fois, des lieux de soins et de vie. [Ils] doivent être conçus de manière à mieux intégrer les souhaits de vie privée des résidents, leur intimité et leur vie sexuelle* ».

La question qui se pose alors est la suivante : nous, ergothérapeutes, sommes-nous à même d'aider la personne âgée résidant en EHPAD sur sa vie intime si celle-ci se trouve en difficulté ? La volonté et le bien être des résidents sont-ils réellement pris en compte s'ils ne peuvent s'exprimer en toute confiance sur la sexualité dont ils peuvent se retrouver privés ? Arrive ainsi la notion de privation occupationnelle dont la signification sera expliquée par la suite.

L'ergothérapeute a la possibilité d'agir en EHPAD. C'est un professionnel de l'occupation qui accompagne la personne dans la réalisation de ses activités quotidiennes, comprenant sa sexualité. Il serait donc à même d'accompagner les résidents dans leur sexualité si ces derniers témoignent d'une situation de privation dans leurs occupations sexuelles, impactant ainsi directement leur bien être psychologique (Thomas & Hazif-Thomas, 2021).

Par ces réflexions, j'en suis venue naturellement à me demander : « **comment l'accompagnement de l'ergothérapeute peut-il participer à lutter contre la privation occupationnelle des personnes âgées en EHPAD, sur le plan de leur sexualité ?** »

A la suite de cette question, des recherches théoriques ont été effectuées et regroupées au sein du cadre conceptuel.

III Cadre conceptuel

1) La sexualité

1.1 Définitions

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la sexualité est 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* ».

L'activité sexuelle correspond à l'acte sexuel, regroupant ainsi la masturbation, le toucher sexuel, les rapports sexuels par pénétration, le fait d'embrasser. Il semble plus opportun d'utiliser le concept de sexualité plutôt que l'activité sexuelle. En effet, ce dernier ne fait pas référence aux représentations et normes sociales dans sa définition.

Le terme sexualité semble également être plus large pour répondre à la demande de la population ciblée, la pénétration n'étant pas la plus recherchée comme évoqué précédemment. L'affection, le plaisir et le désir se reflètent davantage à travers la sexualité des personnes âgées.

De cette notion découlent alors d'« *important behaviours and outcomes related to sexual health* »¹ (World Health Organization, s.d.) faisant ainsi apparaître la sexualité comme une occupation dite préventive pour la santé.

1.2 La sexualité comme occupation

Bien qu'obsolète selon les auteurs (experts de la revue *Hémisphères*, 2022), nous pouvons malgré tout nous référer à la pyramide de Maslow et les besoins primaires de l'Homme (ANNEXE I). La sexualité fait partie de ses besoins primaires, elle est donc inhérente à l'existence de l'Homme, quelle que soit la forme qu'elle prend.

Néanmoins, et étant donné que l'actualité de la pyramide de Maslow amène à en débattre, il semble important de rappeler qu'une occupation, selon l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (2002), « *comprend tout ce qu'une personne fait dans sa vie quotidienne* ». Nous pouvons donc entendre par cette définition qu'une occupation comprend tout ce qui compose les habitudes de vie d'un individu, la sexualité en faisant partie.

Malgré cela, l'occupation sexualité reste invalidée par certains auteurs, notamment Kielhofner établissant le fait que la sexualité est « *enracinée dans les besoins biologiques de l'individu et de l'espèce et ne peut donc être considérée comme une occupation* » (Sakellariou & Simo Algado, 2006 citent Kielhofner 1993, p.138).

Face à ces divergences, il paraît alors pertinent d'établir le fait que la sexualité « *est une occupation qui contribue à la santé, au bien-être et à la vie affective* » (L'écuyer et al., 2020). En dépit de cette idée, l'acceptation de la sexualité comme occupation reste délicate en raison de son tabou qui l'accompagne, et des représentations sociales de l'équipe soignante, pouvant alors troubler l'intimité des résidents.

¹ « d'importants comportements et résultats liés à la santé sexuelle » (traduction libre)

2) L'intimité

2.1 L'intimité de la personne âgée en EHPAD

Au cours de leur vie, les personnes âgées peuvent perdre et être contraintes dans leur autonomie et indépendance de vie, et ainsi avoir besoin d'aide dans la réalisation de leurs activités. Ici, l'autonomie renvoie à la capacité de se gérer seul, et l'indépendance au fait d'accomplir seul physiquement, mentalement, économiquement, socialement une activité (Obal, 2015).

Par sa définition, l'EHPAD est un « *établissement médicalisé où sont hébergées des personnes âgées dépendantes* » (Santé Publique France, 2022). Le public retrouvé en EHPAD, sont les personnes âgées d'un minimum de 60 ans (âge à partir duquel nous pouvons parler de personne âgée), et doivent être dépendantes de soins et d'aides dans leurs activités de vie quotidienne.

L'entrée en EHPAD représente une nouvelle étape dans la vie de l'individu qui devient alors résident de l'institution. Les habitudes de vie de la personne âgée peuvent alors se retrouver bouleversées, et l'intimité de cette dernière dérangée.

Le Blay (2019) définit l'intimité comme étant « *cette part de chacun qui peut échapper à la connaissance et même à la perception du reste de la communauté* ». Elle est signe de pudeur, et va bien au-delà de la simple dimension corporelle. Ainsi, intimité et sexualité seraient directement liées puisque « *la sexualité se double d'un corollaire – l'intimité – définie comme ce qui n'est pas révélé aux autres* » (Toniolo et al. 2013).

Selon l'OMS, une personne est « *un être humain doté de droits, de facultés cognitives, biologiques, physiques* ». Par conséquent, peu importe la structure de vie, les droits de l'individu doivent être respectés, y compris ses droits sexuels. C'est d'ailleurs ce que pose la circulaire du 5 juillet 2021 garantissant « *le respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences* ».

La personne âgée est un être de droit, et a ainsi des droits fondamentaux, aussi bien dans sa sexualité et son intimité. Pozza (2019) expose même le fait que *l'intimité, « c'est aussi le respect de la personne, de son environnement, de son histoire »*. Les

soins à prodiguer ne doivent d'ailleurs pas constituer une excuse à la dérogation du respect de l'intimité de la personne (Pozza, 2019).

L'intimité des résidents en EHPAD est souvent remise en cause. Selon Ribes (2011) « *la question de la protection de son intimité se pose pour la personne vieillissante. Cette capacité à protéger son espace intime peut être mise à mal par les fonctionnements institutionnels* ». En effet, comme nous l'exposent Badelon et Maulino (2016), « *le « toc-toc » et l'attente d'une réponse restent une lutte quotidienne, notamment dans une chambre de couple* ». L'intrusion dans la vie intime des résidents ne participe pas à développer et/ou maintenir leurs occupations affectives et sexuelles, renforcée par le fait que la sexualité est « *souvent taboue en institution* » (Badelon & Maulino, 2016). Cela peut ainsi constituer un frein à leur épanouissement sexuel, incitant l'autocensure qu'ils peuvent s'appliquer eux-mêmes.

2.2 L'autocensure des résidents

Du fait du manque d'intimité que les personnes âgées peuvent ressentir au sein de l'établissement, ces dernières peuvent s'autocensurer de toutes activités liées à leur sexualité, « *les âgés peuvent ainsi s'interdire eux-mêmes une sexualité* » (Ribes, 2011). Néanmoins, comme l'explique Tesson (2019), l'autocensure des résidents peut aussi s'apparenter au fait qu'« *aujourd'hui, les résidents d'EHPAD ont pour beaucoup introjecté les valeurs de leur génération et refoulé jusqu'à l'extinction, pour certains, leurs pulsions libidinales. Ils ont grandi dans des écoles non mixtes, avec les préjugés sur la masturbation et les relations avant mariage, l'absence de la contraception et d'IVG, le silence familial sur la sexualité, l'invitation à une fidélité au conjoint décédé. Cette génération peut d'autant plus facilement s'autocensurer que la société véhicule une image déviante de leur sexualité* ».

Les résidents peuvent donc eux-mêmes rendre leur sexualité taboue. Leur mode d'éducation et les valeurs générationnelles intériorisées ne favorisent pas leur épanouissement sexuel. Ajouté à cela, l'influence des représentations sociales des soignants pouvant amener les résidents à se taire quant à leur sexualité.

2.3 La relation de couple en EHPAD

Le « *sentiment d'intrusion* » (Badelon & Maulino, 2016) dans la vie intime des résidents en EHPAD peut d'autant plus se manifester chez le couple. Il paraît « *difficile de se réfugier dans un espace privé dans un établissement public* » (Puijalon & Truncaz, 2000), tel que l'EHPAD (l'acte sexuel étant « *réservé à des lieux privés* »

[Dupras, 2007]). La chambre, principale pièce où la sexualité se libère, se présente initialement comme « *le lieu de protection de l'intimité du résident* » (Ravon, 2022). En institution, elle reste un espace de vie privée mais aussi de soins avec des règles à respecter (Ribes, 2011), pouvant ainsi troubler la sexualité du couple.

Ajouté à cela, le mobilier ou même l'architecture de la chambre peuvent contribuer à fragiliser la relation des partenaires par la présence de lits une personne, ou encore de chambre double (Badelon & Maulino, 2016) sans laisser d'alternatives au couple qui se retrouve séparé.

L'entrée des partenaires en EHPAD peut alors représenter une réelle épreuve pour le devenir de leur relation, « *et les soumettre aux préjugés, projections et représentations du personnel* » (Badelon & Maulino, 2016), mettant à rude épreuve leurs co-occupations d'ordre sexuel (ce terme sera défini dans une prochaine partie).

2.4 La représentation de la sexualité des personnes âgées pour les soignants

Comme vu précédemment, peu importe l'âge, un individu a des droits sexuels. Néanmoins, ces derniers peuvent se retrouver perturbés par les représentations sociales de l'équipe soignante. Du fait du tabou formé autour de la sexualité, cette occupation est souvent oubliée, volontairement ou involontairement, par l'équipe soignante. Alors que « *plus on approche de la fin de sa vie, plus le besoin d'affectivité est fort et il se manifeste par des besoins de tendresse, de caresses, voire de relations sexuelles* » (Lefebvre des Noettes, 2019).

Pour autant, la baisse de la performance sexuelle et la dégradation du corps due à la vieillesse influencent les représentations sociales et l'image de la sexualité des personnes âgées (Godelier, 2008).

Cette image de la sexualité et du corps de la personne âgée peut directement impacter les soignants, par des projections futures désagréables ou des transferts d'affects. Selon Ribes (2011) : « *Cette dégradation des corps peut projeter le soignant dans son propre avenir. [...] En outre, la question de la sexualité de l'âgé renvoie le soignant à des éprouvés de sentiments filiaux et pose la question de l'irreprésentable de la sexualité des parents [...]* ».

Ainsi, se conforter à l'idée que la sexualité de la personne âgée est impossible, et même inimaginable, apparaîtrait comme une sorte de protection puisqu'en assimilant « *la personne comme un être asexué et non désirant, permet de contrôler ce qui échappe et effraie, pour ne pas dire terrorise* » (Laublin, 2008). Il semble alors

bien plus confortable de penser que le sujet âgé ne ressent plus aucun plaisir sexuel que d'accepter la continuité de sa sexualité (Ravon, 2021). Le résident en EHPAD ne serait alors vu que comme « *un objet de soin et de traitement* » (Dupras, 2007), plutôt qu'un être occupationnel du lieu de vie.

Comme le souligne Poitras *et al.* (1989, p.95), l'expression de la sexualité des résidents s'avère dépendante des représentations et comportements sociaux des soignants. L'épanouissement sexuel des résidents en EHPAD serait alors perturbé. Par conséquent, apporter des « *modification des perceptions et des réactions des soignants doit conduire à des actions concrètes dans le but d'améliorer la qualité de vie sexuelle des résidents.* » (Dupras, 2007) participerait à garantir la santé sexuelle des résidents.

3) Le concept de santé sexuelle

3.1 Définition du concept

Le Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités (2017) a établi le fait que « *la santé sexuelle fait partie intégrante de la santé et du bien-être, mais aussi de la qualité de vie dans son ensemble* ». Il en découle alors qu'il est « *essentiel de permettre à toutes et tous [...] l'accès aux soins de santé sexuelle, la possibilité de vivre dans un environnement qui affirme et promeut la santé sexuelle* ».

C'est d'ailleurs ce que pose la circulaire de juillet 2021 évoquée précédemment. Les personnes âgées ont le droit au respect de leur intimité et disposent de droits sexuels. Nous pouvons donc entendre ici qu'elle garantit la santé sexuelle de nos aînés. En 2002 (publiée en 2006), l'OMS a défini la santé sexuelle comme étant « *état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité.* ». Ainsi donc, l'OMS établit le fait qu'une vie sexuelle épanouie participerait au bien-être général de l'individu et à sa bonne santé physique et surtout mentale, la personne âgée en EHPAD pouvant être, par ailleurs, plus facilement sujette aux dépressions (Direction de la Recherche, des Etudes, et de l'Evaluation des Statistiques, 2020).

La santé sexuelle doit donc être respectée et appliquée dans les EHPAD selon la circulaire de juillet 2021, et est une clé à la garantie du bien-être du résident. Par déduction, la santé sexuelle provient de la libre pratique de sa sexualité pour la personne âgée, découlant ainsi d'occupations sexuelles significatives pour elle sources

de bien-être. Dans cette dynamique, l'ergothérapeute peut alors agir sur le plan de la sexualité des résidents, afin de garantir leur santé sexuelle et bien-être si ces derniers se trouvent perturbés.

Selon une enquête menée par Soirat (2016) auprès d'EHPAD Bourguignons, certains freins à l'expression de la sexualité des résidents auraient été identifiés. Les résultats ont révélé que des contraintes institutionnelles constituent un frein à l'épanouissement sexuel du résident. On compte parmi elles l'éthique de l'établissement et des soignants, l'inacceptation de la sexualité du résident par l'entourage, les comportements et représentations sociales des soignants.

Ces obstacles à la pratique d'activités sexuelles satisfaisantes pour le résident peuvent entraver son bien-être sexuel et ainsi sa santé sexuelle, pouvant alors amener une situation de privation occupationnelle.

3.2 L'impact de la privation occupationnelle sur la santé sexuelle

La privation occupationnelle est un concept défini par l'ergothérapeute Gail Whiteford (2000) comme étant « *un état dans lequel une personne ou un groupe de personnes est incapable de s'engager dans les occupations nécessaires et significatives à leur vie en raison de restrictions externes qui échappent à leur contrôle* ». La personne se trouve donc dans une situation où la pratique de ses occupations importantes est perturbée jusqu'à impossible (Whiteford, 2000).

En d'autres termes, la privation occupationnelle se caractérise par l'insuffisance voire l'absence des occupations significatives pour l'individu, causée par un agent extérieur sur une période continue. Elle s'avérerait avoir des effets perturbateurs sur la santé, le bien-être et le développement (Molineux, 2015). Or, il est fondamental que dans n'importe quelle situation et selon la diversité des contextes, les personnes âgées gardent « *leurs droits occupationnels comme avoir le choix des activités qu'ils réalisent et des opportunités équitables pour s'y engager afin de contribuer à leur santé et à leur bien-être* » (Hammell & Beagan, 2017). Ici, l'institution dans sa globalité, à savoir la direction, le personnel soignant, l'environnement, les activités proposées, la possible séparation avec un conjoint, constituerait des facteurs restrictifs externes ne pouvant être contrôlés par l'individu privé en question. Nous présumerons donc que la sexualité des aînés et les occupations sexuelles qui en découlent, doivent être entendues en raison de la santé sexuelle de ces derniers.

Par ailleurs, étant donné que les personnes sont des êtres occupationnels (Durocher et al., 2014; Hocking, 2017; Wilcock & Townsend, 2000), et que les ergothérapeutes sont des professionnels de l'occupation, voyant « *le monde à travers les yeux de l'occupation* » (Whiteford, 2000), nous sommes donc légitimes d'accompagner, ici les personnes âgées en EHPAD, en situation de privation occupationnelle vis-à-vis de leurs occupations sexuelles.

Ainsi, par sa définition citée ci-dessus, la privation occupationnelle remet en cause le bien-être et l'épanouissement de l'individu, se voyant privé d'une activité signifiante dans sa vie affective et sexuelle. Les institutions, telles que les EHPAD, seraient d'ailleurs perçues comme un frein à la « *la pleine expression ou le plein respect de l'intimité et de la vie privée, dont la sexualité et les relations affectives sont parties intégrantes* » (Lambelet et al. 2019).

La privation occupationnelle impacterait donc la santé sexuelle des résidents, en perturbant leurs occupations et co-occupations intimes, affectives et sexuelles. La performance et le bien-être tirés de ces dernières se retrouveraient alors considérablement diminués.

C'est pourquoi, prévenir de la privation occupationnelle en agissant aussitôt sur les facteurs l'occasionnant, permettrait probablement de réduire cet état occupationnel auprès des résidents en EHPAD. Cela correspond à effectuer des actions de prévention primaire. L'objectif de cette dernière est d'agir directement sur les causes favorisant la survenue d'un trouble (Etienne & Corne, 2012). D'autant plus, que la prévention constitue un enjeu de santé publique, notamment sur la garantie de la santé sexuelle, sujet qui sera abordé dans une prochaine partie.

Ces perturbations occupationnelles de la personne, d'ordre sexuel, légitimeraient donc l'intervention d'un professionnel de l'occupation : l'ergothérapeute.

4) L'ergothérapie

4.1 Définition

La World Federation of Occupational Therapists (WFOT) (2018) définit l'ergothérapie comme étant « *une profession du domaine de la santé centrée sur le patient, soucieuse de promouvoir la santé et le bien-être à travers l'occupation.* », et permettant également « *aux personnes d'organiser et d'accomplir les activités qu'elles considèrent comme importantes* » (Ordre des Ergothérapeutes du Québec).

Les interventions de l'ergothérapie ont pour cible l'accomplissement d'occupations significatives pour les individus « *de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace* » (Association Nationale des Ergothérapeutes Français [ANFE]).

C'est donc l'autonomie des personnes que l'ergothérapie cherche à garantir, afin de leur « *permettre d'avoir une qualité de vie satisfaisante* » dans un environnement intégrateur correspond à leurs envies et leurs besoins (Ordre des Ergothérapeutes du Québec).

A travers cette définition de l'ergothérapie, cette discipline de la science de l'occupation, place la personne au centre du processus de soin. Elle est considérée comme un tout à travers une vision holistique qu'adopte l'ergothérapeute (MORIN, 2018), « *spécialiste du rapport entre l'activité [...] et la santé* » (ANFE).

L'ergothérapeute peut intervenir auprès de tout type de population qui rencontrerait des problèmes occupationnels. Il est missionné d'apporter une solution en favorisant leur adaptation et l'adoption de nouveaux comportements. Nous pouvons donc le retrouver dans des lieux de vie, c'est-à-dire que c'est un espace où les résidents réalisent leurs occupations de vie quotidienne, comme les EHPAD.

Il est à noter qu'en 2010, le référentiel de formation des études en ergothérapie a évolué pour définir « *rôle de l'ergothérapeute comme étant celui d'améliorer l'accès et la participation aux activités humaines dans l'environnement social de la personne (arrêté du 5 juillet 2010)* » (Charret & Samson, 2017). Le modèle biomédical (centré sur la pathologie et les déficiences) est mis de côté. Un changement de paradigme au sein de la discipline s'est opéré, laissant place à l'approche systémique et holistique de la personne vue comme « *un être occupationnel* » donc le but est « *d'explorer le rapport entre l'activité humaine et la santé* » (Charret & Samson citent Quevillon, 2017). Ici, les occupations de la personne se retrouvent au centre du raisonnement et de l'accompagnement de l'ergothérapeute.

4.2 Occupation et activité

Comme expliqué précédemment l'ergothérapeute est un professionnel de l'occupation. Les occupations se définissent alors comme étant « *un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société* » (Meyer, 2013). L'activité se définit elle comme

« *une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations* » (Meyer, 2013).

Doris Pierce (2001) va plus loin dans sa définition de l'occupation. Elle l'évoque comme étant « *une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas* », rythmée par une temporalité et entièrement dépendante du contexte environnemental et socio-culturel (Pierce, 2001).

Au vu du concept de sexualité défini précédemment, il semble plus adapté d'utiliser le terme occupation plutôt qu'activité pour catégoriser la sexualité, étant donné qu'elle regroupe diverses activités.

Qui plus est, la sexualité pouvant se pratiquer avec un partenaire, le terme de co-occupation peut également s'employer. Il évoque le fait que la « *co-occupation is characterized by shared physicality, emotionality, and intentionality in an occupation with another person(s). Co-occupation is an occupation involving other person(s), which is interactive and responsive.* »² (Pickens & Pizur - Barnekow, 2009). La co-occupation est ainsi spécifiée par sa dimension interactive entre au moins deux individus, mais également par sa « *nature transactionnelle qui fait référence à l'extension de l'expérience d'une seule personne pour englober les autres ainsi que le contexte social, physique et culturel* » (Poriel & Caire citent Morozini, 2023).

4.3 L'ergothérapeute, acteur de prévention de la santé et de la santé sexuelle

L'ergothérapeute est un acteur de promotion de la santé. A travers ce rôle, se définissent d'une part des missions de prévention santé et d'adaptation santé de l'occupation. Et d'autre part, des missions d'accessibilité aux occupations des personnes de manière « *sécurisé, autonome, indépendante et efficace* » (ANFE).

L'ANFE pose également le fait que l'ergothérapie « *peut aussi permettre de prévenir un problème ou d'en réduire les effets. L'ergothérapeute participe aux actions de promotion de la santé, de prévention ou d'enseignement concernant les populations à risque de perte d'autonomie.* ». Ces missions sont d'ailleurs clairement définies par le Ministère de la Santé (2023) qui établit le fait que « *l'ergothérapeute va intervenir auprès des personnes âgées sur plusieurs champs : la prévention et l'éducation, la*

² « La co occupation se caractérise par le partage de la réalité physique, de l'émotivité et de l'intentionnalité dans une occupation avec une ou plusieurs autres personnes. La co-occupation est une occupation impliquant d'autres personnes, qui est interactive et réactive. » (traduction libre)

rééducation et la thérapie, la réadaptation, le maintien de l'autonomie ». L'autonomie occupationnelle représente donc un objectif essentiel de la prévention.

A travers ces propos, l'ergothérapeute se distingue comme étant un acteur de prévention et de promotion de la santé par l'occupation. Il aspire à la « *protection et la promotion de la santé et de la qualité de vie de la personne, notamment par la promotion de l'occupation* » (Ordre des Ergothérapeutes du Québec, s.d.).

Par ailleurs, rappelons qu'en 2017, une stratégie nationale de santé sexuelle a été mise en place sur le territoire français par le ministère des Affaires Sociales et de la Santé. La promotion et la prévention de la santé sexuelle, la promotion des droits humains traduits dans la législation, et l'organisation et l'accès des soins autour du patient, y ont été priorisés. Cette stratégie gouvernementale pose comme objectif de « *promouvoir une vision positive de la sexualité des personnes en situation de handicap et des personnes âgées* », et de « *permettre l'expression d'une vie sexuelle au sein des établissements accueillant des séniors, des personnes âgées* ».

L'ergothérapeute, acteur de prévention et de promotion de la santé, trouverait donc sa place pour intervenir en faveur de la garantie de la santé sexuelle de ces résidents.

4.4 Le lien entre ergothérapie et sexualité

L'ergothérapeute accompagne le patient dans la réalisation de ses occupations quotidiennes. En partant du principe que la sexualité est une activité quotidienne (dans sa globalité), et que l'ergothérapeute est amené à intervenir dans les EHPAD auprès des personnes âgées, il serait donc à même d'accompagner les résidents dans leur sexualité si ces derniers se retrouvent contraints dans leurs occupations intimes.

Pour autant, il existe de nombreuses contestations sur l'accompagnement ergothérapeutique dans la sexualité (Couldrick, 1998), mais également sur le fait que la sexualité ne devrait pas être considérée comme une occupation mais comme un besoin biologique pour l'Homme afin qu'il survive (Kielhofner, 1993). Néanmoins, la science de l'occupation évolue, et les faits cités précédemment, datant du siècle dernier, sont remis en cause par certains auteurs, notamment Fouché (2014). L'ergothérapeute peut agir sur l'estime de soi, l'adaptation de l'environnement, sur le développement de des stratégies compensatoires, et pour favoriser la prise d'un rôle social en lien avec la sexualité (Couldrick, 1999; Hyland & McGrath, 2013; Northcott & Chard, 2000). Couldrick (2005) appuie également sur le fait que négliger la sexualité

comme étant une occupation, et ainsi remettre en cause la légitimité des ergothérapeutes à intervenir dans ce domaine, porterait atteinte, et préjudice, à l'importance des désirs et besoins sexuels chez certaines personnes.

Nous pouvons donc supposer à partir de ces données, que le rôle de l'ergothérapeute est justifié dans l'accompagnement de la sexualité des individus, et qu'il y trouve également sa place en EHPAD auprès des personnes âgées et de leur vie intime. Si ces dernières s'en retrouvent privées, notamment par le fait que les soignants aient des « *difficultés à accepter toute attitude sexuelle chez les personnes âgées en Institution* » (Trivalle, 2006), leur qualité de vie peut alors être perturbée, suite à la situation de privation occupationnelle dans laquelle ils se trouvent.

Afin de les guider, les ergothérapeutes peuvent être amenés à utiliser dans leur pratique des modèles conceptuels pour analyser l'accompagnement de soin adéquat à apporter suivant les problématiques occupationnelles rencontrées chez la personne.

5) Le modèle PEOP

5.1 Définition du modèle

Les informations suivantes ont été recueillies dans deuxième édition du livre *Les modèles conceptuels en ergothérapie* de Marie-Chantal Morel Bracq, 2017, p. 63-68. Le modèle PEOP, Person-Environment-Occupation-Performance (Braun et al., 2015) est un modèle conceptuel rattaché à la performance occupationnelle, se définissant par « *le choix, l'organisation et la réalisation d'occupations, d'activités ou de tâches en interaction avec l'environnement* » (Meyer, 2013). Il a été créé et généré pour les ergothérapeutes, dans le but de recourir à une approche systémique et transactionnelle permettant « *une compréhension complète et holistique des relations entre la personne et son contexte* » (Margot-Catin, 2018).

Ce modèle regroupe 3 facteurs (ANNEXE II) :

- La personne, composée de ses caractéristiques, de ses capacités et de ses déficiences.
- Son environnement, physique, social, culturel, politique, et technologique, créateur d'obstacles ou au contraire facilitateurs dans la réalisation de performances occupationnelles.
- Ses occupations qui regroupent toutes les activités, et rôles de l'individu.

Les interactions personne-environnement-occupation influencent la performance occupationnelle qui elle-même va avoir un impact sur la participation de l'individu et son bien-être. Ainsi plus les facteurs personne-environnement-occupation seront facilitateurs, plus la performance occupationnelle sera élevée et par conséquent la participation et le bien-être de l'individu également. L'utilisation de ce modèle dans la pratique aurait donc pour finalité de jauger le degré de réalisation de la performance occupationnelle en ayant une approche holistique de la personne.

La performance occupationnelle se détermine en fonction du niveau de réalisation des occupations de la personne dans son environnement (Margot-Cattin, 2017, p.64).

5.2 Utilisation du PEO

Le modèle PEO participe à établir le profil occupationnel de l'individu (ou d'un groupe d'individus) afin d'évaluer leur performance occupationnelle (Margot-Cattin, 2017, p.66). L'occupation dans le modèle est d'ailleurs vue comme « *une chose que les personnes réalisent au quotidien dans un contexte spécifique et un temps déterminé* » (Margot-Catin, 2017), et peuvent être des co-occupations (effectuées par plusieurs individus) (Margot-Cattin cite Pierce, 2017, p.68).

La performance occupationnelle est alors mesurée à partir d'indicateurs répondant aux questions quand (contexte temporel) ? quoi (occupations) ? qui (individu) ? ou (environnement) ? comment (réalisation de l'activité) ?

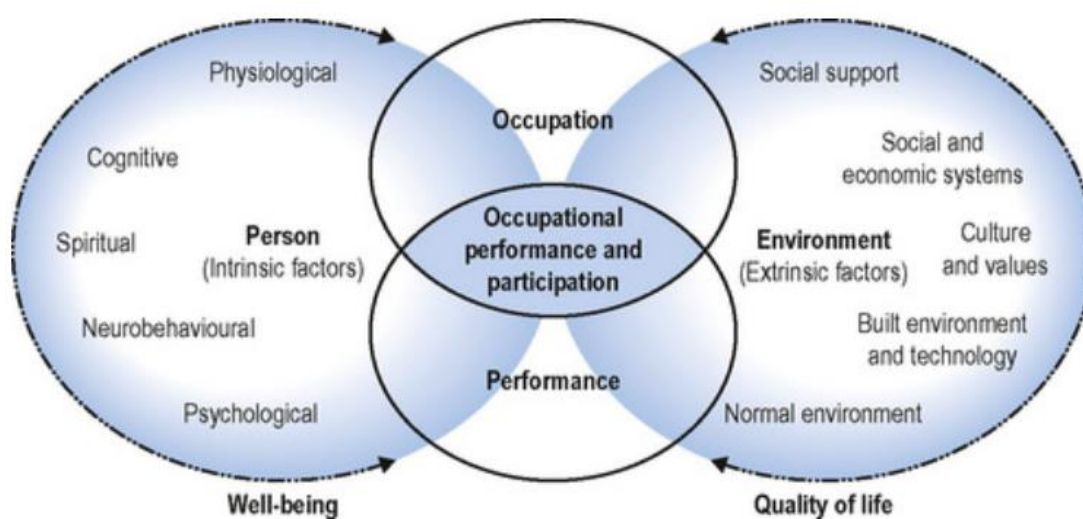


Figure 1 : Le modèle PEO (Person-Environment-Occupation-Performance)

A travers ce modèle, les interactions entre les personnes, les occupations et les environnements sont constantes. Lorsque ces trois éléments sont en harmonie, ils entraînent alors la performance occupationnelle de la personne. En d'autres termes, la participation et le bien-être de la personne sont activés grâce à sa performance occupationnelle découlant de la concordance entre son environnement, sa personne et ses occupations (Margot-Cattin, 2017, p.65)

Également, les contraintes et les capacités de la personne seront identifiées, en plus des facilitateurs et obstacles de l'environnement favorisant ou non la performance occupationnelle de la personne, et par conséquent sa participation et son bien-être.

5.3 L'utilisation du modèle PEOP dans le cadre de la privation occupationnelle

Le modèle PEOP (Morel-Bracq, 2017, p.63-68) sert à évaluer le degré de réalisation de la performance occupationnelle d'un individu. Par sa définition citée ultérieurement, la performance occupationnelle peut être facilitée par l'environnement au sens large (contexte social, physique, culturel, politique, administratif, technologique) ou au contraire, représenter un obstacle.

Les occupations et l'environnement sont en constantes interactions, de même que la personne et l'environnement. Par conséquent, ces interactions vont influencer positivement ou négativement la performance occupationnelle de l'individu (Margot-Cattin, 2017, p.66).

Or, rappelons que la privation occupationnelle est un état de l'individu dans lequel il éprouve d'importantes difficultés, voire se retrouve dans l'impossibilité de réaliser ses occupations significatives.

Au sein du modèle PEOP, l'environnement représente les éléments obstacles ou facilitateurs extrinsèques de la personne, la composante personne représentant les capacités ou contraintes intrinsèques de cette dernière (figure 1). La privation occupationnelle étant engendrée par un facteur extrinsèque non contrôlable par l'individu, nous pourrions donc sous-entendre ici que cette situation serait causée par un ou plusieurs éléments environnementaux en suivant les caractéristiques du modèle PEOP. Ainsi, ces environnements deviendraient obstacles pour le bénéficiaire dans la réalisation de la performance occupationnelle impactant négativement sa participation et son bien-être. Le défaut de performance occupationnelle de l'individu peut alors

amener à une situation de privation occupationnelle, puisqu'il ne peut performer dans ses occupations à la suite d'une ou plusieurs contraintes environnementales.

A travers ces observations, et pour en revenir à notre thème, l'environnement de la personne âgée résidant en EHPAD pourrait alors constituer un obstacle à sa performance occupationnelle dans les activités liées à sa sexualité, engendrant un état de privation occupationnelle.

Afin d'appuyer ces observations, un entretien exploratoire a été mené avec une ergothérapeute pratiquant en EHPAD.

6) L'entretien exploratoire

Afin de guider les recherches pour fonder le cadre expérimental de cette étude, et d'observer la réalité de terrain, un entretien exploratoire auprès de l'ergothérapeute EX, exerçant en EHPAD a été effectué. Au préalable, un formulaire de consentement (ANNEXE III) a été signé par le professionnel. Le guide de l'entretien exploratoire est référencé à l'ANNEXE IV, et la retranscription de l'entretien en ANNEXE V.

Il ressort tout d'abord de cet entretien que plusieurs causes identifiées par l'ergothérapeute EX peuvent être à l'origine d'un état de privation occupationnelle :

- Des causes personnelles propres aux capacités physiques et cognitives du résident. Cette cause ne sera pas retenue ici puisque la situation de privation occupationnelle est engendrée par un facteur perturbateur extérieur dont l'individu n'a pas de contrôle dessus.
- Des causes architecturales : il n'y a pas de lit double mis à disposition des résidents par exemple en couple. Aucune pièce intime dédiée aux visites de conjoints n'est également mise en place pour les résidents.
- Des causes organisationnelles : les couples de résidents ne sont pas dans les mêmes chambres, ni même dans des chambres communicantes, et parfois pas au même étage impactant inévitablement leur vie intime.
- Des causes sociales : le sujet de la sexualité reste tabou dans les équipes, mais également auprès des familles (selon les propos de l'ergothérapeute EX).
- Des causes pédagogiques : le manque de formation sur le sujet de la sexualité des personnes âgées (ou de l'individu en général) et sur son accompagnement amène un sentiment d'incapacité, voire d'inéligibilité de l'ergothérapeute EX à intervenir dans ce domaine, si le résident rencontre un problème occupationnel vis-à-vis de sa sexualité.

Ajouté à cela, l'ergothérapeute interrogée appuie sur le fait que pour un couple de personnes âgées, l'entrée en EHPAD est directement facteur de privation occupationnelle sur le plan de leur vie intime. Ces derniers peuvent se retrouver séparés si l'un d'entre eux reste à domicile, ou bien au sein de la même structure.

Les habitudes de vie paraissent donc naturellement perturbées par ces changements d'environnements (au sens large comprenant les dimensions sociale, physique, culturelle, administrative – considération de l'environnement tel que le modèle PEOP l'expose), y compris celles faisant partie intégrante de la vie sexuelle des résidents.

Comme l'explique le professionnel, l'ergothérapeute trouve tout à fait sa place dans l'accompagnement des habitudes de la vie des résidents en EHPAD, y compris dans leur vie intime si ces derniers rencontrent des difficultés occupationnelles. Néanmoins, le manque de formation sur le sujet de la sexualité et son accompagnement pourrait s'avérer constituer un frein selon EX dans la capacité de l'ergothérapeute à intervenir auprès d'eux. D'autant plus, que la sexualité des résidents « *n'est pas forcément la priorité* » et qu'elle constitue un « *sujet assez tabou auprès des soignants et des proches du résident* » (EX).

De cette façon, la privation occupationnelle des résidents en institution sur le plan de leur sexualité peut être d'origine plurifactorielle. Afin de guider l'ergothérapeute dans son accompagnement, l'utilisation du modèle PEOP, explicité précédemment, pourrait alors l'aider à identifier les différentes causes extrinsèques à l'individu engendrant cet état de privation occupationnelle des activités sexuelles des personnes âgées en EHPAD.

Le manque de formation soulevé lors de l'entretien, sous-entendu le sentiment d'illégitimité et/ou d'incapacité à pallier les difficultés occupationnelles d'un résident, amène également à réfléchir sur un outil permettant d'accompagner aussi bien le patient comme le professionnel.

7) Le modèle EX-PLISSIT

7.1 Définition du modèle

Le modèle EX-PLISSIT n'apparaît pas comme un modèle propre à l'ergothérapeute, il peut être utilisé par tous les professionnels de santé.

Découlant du modèle PLISSIT créé en 1976 par Annon, destiné à assister les professionnels de santé dans la prise en soin des difficultés sexuelles des personnes accompagnées, le modèle EX-PLISSIT se présente comme étant une extension de son prédécesseur (Davis & Taylor, 2006).

Le modèle EX-PLISSIT, Extended - Permission – Limited Information – Specific Suggestions – Intensive Therapy, se décline en quatre étapes (GRIMN, 2019) que nous détaillerons par la suite.

- 1^{ère} étape : autorisation (« *permission giving* »)
- 2^{ème} étape : informations restreintes (« *limited information* »)
- 3^{ème} étape : suggestions spécifiques (« *specific suggestion* »)
- 4^{ème} étape : traitements intensifs (« *intensive therapy* »)
- Le « EX » de EX-PLISSIT signifie étendu (« *extended* »).

L'objectif premier de son utilisation est de guider les professionnels souhaitant aborder le sujet de la sexualité avec les personnes accompagnées. Il apparaît ainsi comme un guide de soin puisqu'il permet également de « cibler le niveau des interventions professionnelles concernant la sexualité en se référant à un système de classification à 4 étapes » (GRIMN, 2019), tout en exerçant une boucle de rétroaction sur la pratique du professionnel à chacune des étapes (GRIMN, 2019).

7.2 Utilisation du modèle

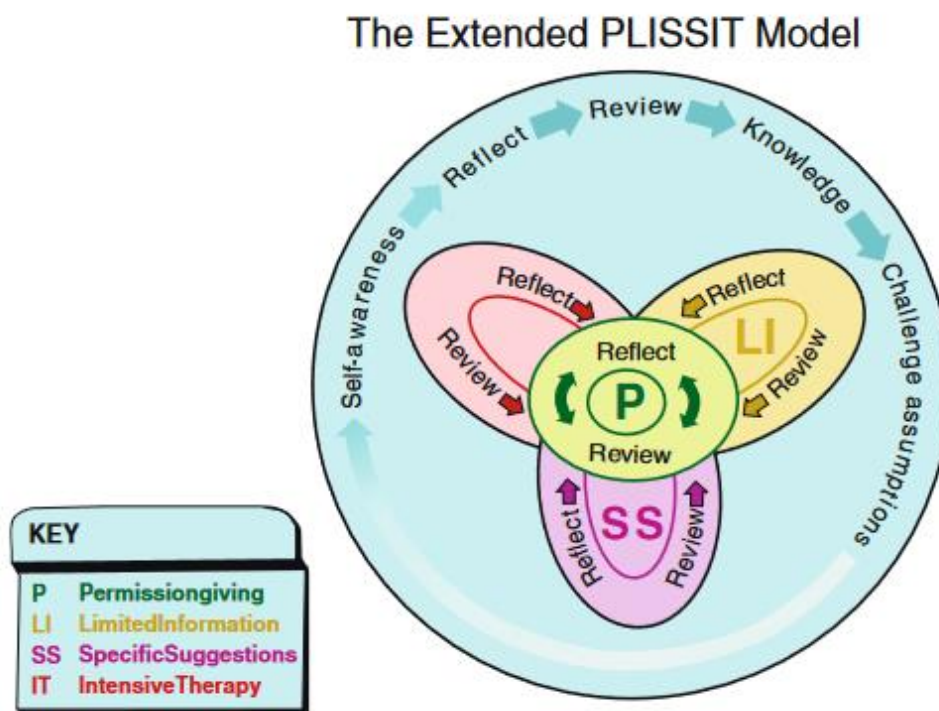


Figure 2 : Schéma du modèle EX-PLISSIT, extension du modèle PLISSIT de Annon, reproduit par Davis D et Taylor B, 2006

Le modèle EX-PLISSIT peut être utilisé par les professionnels afin d'aborder le sujet de sexualité des personnes si ces dernières rencontrent des difficultés dans ce domaine. Dans un premier temps, il est nécessaire d'obtenir l'autorisation d'aborder la sexualité à travers diverses stratégies qui ne se résument pas qu'en une approche verbale directe (GRIMN, 2019). Comme explicité ultérieurement, la sexualité peut être un sujet difficile à évoquer aussi bien pour le professionnel que pour le patient, il est donc important d'obtenir l'autorisation d'en parler au sein d'un cadre sécurisant.

Une fois que la sexualité avec la personne a été abordé, la seconde étape, l'« *Information restreinte* », consiste à l'aider à mieux comprendre les difficultés sexuelles qu'il rencontre à travers divers supports d'informations (GRIMN, 2019). Il s'agit d'en savoir davantage sur le contexte de la difficulté sexuelle, afin d'envisager les solutions que le professionnel peut apporter.

Arrive ensuite, la troisième étape « *Suggestions spécifiques* », qui consiste à apporter à la personne une prise en soin personnalisée au vu de ses difficultés. Pour ce type d'interventions, un processus d'évaluation des habitudes de vie liées à la

sexualité et des incapacités et déficiences de la personne pouvant contribuer à ses difficultés est effectué au préalable (GRIMN, 2019).

Enfin, la dernière étape du modèle « *Traitements intensifs* » consiste à réorienter la personne vers un médecin, si le professionnel n'est pas ou plus en capacité d'intervenir sur les problématiques de la personne (GRIMN, 2019).

L'extension du modèle EX-PLISSIT ajoute au processus un boucle de rétroaction d'autorisation tout au long de l'intervention du professionnel. En effet, cet outil a pour objectif de préserver la confortabilité du professionnel avec le thème de la sexualité et les détails qui s'en suivent, mais également d'assurer l'aisance de la personne à approfondir les informations recueillies pour un suivi optimal. Cette boucle permet de garantir la relation de confiance mise en place entre le professionnel et la personne accompagnée, mais également, pour le soignant, de pouvoir se rétracter et de réorienter la personne si ses problématiques dépassent ses capacités professionnelles et/ou personnelles.

7.3 EX-PLISSIT et ergothérapie

Le modèle EX-PLISSIT étant destiné à tous les professionnels de santé, l'ergothérapeute peut tout à fait l'utiliser dans sa pratique. A travers chacune des étapes nommées et expliquées précédemment, l'ergothérapeute va pouvoir apporter des clés sur les difficultés occupationnelles sexuelles des personnes afin de favoriser leur sexualité (GRIMN, 2019), participant ainsi à garantir leur santé sexuelle.

Grâce à sa boucle de rétroaction constante, permettant aussi bien pour la personne que pour le soignant de s'assurer que l'abord et la prise en soin de la sexualité de la personne reste confortable pour les deux parties, l'ergothérapeute peut se retirer de l'accompagnement de la sexualité si celui-ci ne se sent pas ou plus en capacité de le continuer. Nous pouvons ainsi mettre en parallèle les propos de l'ergothérapeute EX recueillis lors de l'entretien exploratoire. En effet, le manque de légitimité de l'ergothérapeute face aux problématiques occupationnelles sexuelles des résidents peut constituer un frein à leur accompagnement, pouvant par conséquent participer à la privation occupationnelle de résidents en EHPAD.

Également, la troisième étape du modèle, « *Suggestions Spécifiques* », relate d'une approche personnalisée pour la personne afin d'adapter au mieux les interventions du soignant (GRIMN, 2019). Une approche holistique est donc à favoriser en prenant aussi bien les habitudes de vie de la personne liées à sa sexualité, mais

aussi ses incapacités et déficiences (GRIMN, 2019). Un regard qu'adopte justement l'ergothérapeute dans sa pratique, et qui est mise en avant avec l'utilisation du modèle PEOP vu précédemment.

Ainsi, plusieurs freins démontrés tout au long de ce cadre conceptuel peuvent être à l'origine d'état de privation occupationnelle dans lequel se trouvent les résidents en EHPAD. Entre manque de légitimité, inconfort et représentations sociales, l'ergothérapeute trouve néanmoins sa place dans l'accompagnement de la sexualité des personnes âgées en institution. Encore faut-il qu'il trouve les bons outils pour aborder et intervenir sur le tabou de la sexualité.

IV La question de recherche

La construction de la question et des hypothèses de recherche, a été fondée sur les données littéraires scientifiques recensées et par l'entretien exploratoire mené avec l'ergothérapeute EX travaillant en EHPAD.

L'ensemble des informations récoltées ont donc permis de mener à la question de suivante : « **comment l'accompagnement de l'ergothérapeute peut-il prévenir la privation occupationnelle des résidents en EHPAD sur le plan de leur sexualité ?** »

V Les hypothèses de recherche

Il ressort de l'entretien exploratoire effectué et des informations recueillies, que certaines causes identifiées par l'ergothérapeute peuvent agir sur la restriction de la sexualité du résident en EHPAD. Par conséquent, ces dernières participent à la création d'un état de privation occupationnelle.

La première hypothèse formulée est la suivante : **l'utilisation du modèle PEOP par l'ergothérapeute auprès des résidents en EHPAD permet d'identifier les facteurs de privation occupationnelle sur le plan de leur sexualité.**

De plus, il apparaît que le manque de formation des ergothérapeutes sur le sujet de la sexualité pourrait être un frein à l'accompagnement de cette dernière.

La seconde hypothèse émise est : **l'utilisation complémentaire du modèle PEOP et du modèle EX-PLISSIT par l'ergothérapeute dans l'accompagnement de la sexualité permet de prévenir la privation occupationnelle des résidents en EHPAD sur le plan de leur sexualité.**

VI Le cadre expérimental

Cette partie expérimentale a pour but de confirmer ou réfuter les hypothèses de recherche posées précédemment. Ainsi, à l'issue de cette dernière, l'ensemble de la démarche de recherche comprenant la méthodologie adoptée, et l'outil de recherche employé sera expliqué. Suivra ensuite, l'exploitation des données de terrain recueillies, avant de finir sur la comparaison des données expérimentales et conceptuelles. Une réponse aux hypothèses de recherche sera alors apportée.

1) Dispositif méthodologique et choix de la méthode de recherche

Dans le cadre de cette enquête, la méthode mixte de recherche a d'abord été choisie, soit « *une méthodologie qui incorpore des éléments des méthodes qualitatives et quantitatives* » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 246). Le but de cette méthodologie est de mettre en lumière « *un langage, des concepts, des postulats ainsi que des techniques de collecte et d'analyses des données quantitatives et qualitatives* » (Fortin & Gagnon citent Johnson & Onwuegbuzie, 2016, p. 246).

Les données ont ainsi été recueillies grâce à un questionnaire (ANNEXE VI), outil de recherche qualitatif. Le questionnaire a été diffusé sur trois groupes Facebook regroupant des ergothérapeutes. Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être ergothérapeute diplômé d'Etat exerçant en France.
- Pratiquer ou avoir pratiqué en EHPAD.
- S'être interrogé au moins une fois sur l'accompagnement de la sexualité des résidents.

A l'issue de ce questionnaire comportant 20 questions (trois questions ouvertes, deux questions à choix multiples, 15 questions dichotomiques), 26 réponses ont été récoltées. La dernière question intitulée « *si vous êtes intéressé sur la thématique abordée dans ce questionnaire et êtes d'accord pour être interrogé lors d'un entretien, merci de me laisser votre nom et vos coordonnées* » a pour objectif d'obtenir le contact de professionnels ayant répondu au questionnaire et souhaitant participer à un entretien, outil de recherche qualitatif. Cela permettait de recenser les coordonnées

d'ergothérapeutes répondant aux critères d'inclusion du questionnaire pour pouvoir ensuite effectuer des entretiens semi-directifs. Ainsi, 10 ergothérapeutes se sont portés volontaires.

Néanmoins, les données récoltées à l'issu de ce questionnaire n'ont pas été utilisées. En effet, après diffusion, des biais méthodologiques au sein du questionnaire ont été observés, pouvant influencer les réponses des professionnels. De plus, l'usage de questions dichotomiques fermées, qui répondent à une approche quantitative, consistant à « *quantifier ou mesurer* » une situation/ un phénomène (Aubin-Auger et al, 2008), ne permettent pas de recueillir « *une expérience de vie du point de vue de la personne qui l'a vécu* » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 188).

La méthode qualitative, et les outils de recherche qui lui sont associés, collectent le point de vue subjectif et ressentis des professionnels interrogés. Au vu du sujet de recherche, effectuer uniquement des entretiens semi-directifs avec des questions ouvertes permet « *de comprendre la signification d'un évènement ou d'un phénomène vécu par les participants* » (Fortin & Gagnon, 2016, p.201).

Ainsi, en adoptant la démarche qualitative, l'approche choisie est celle hypothéico-déductive. Elle se fonde sur le recueil de « *données verbales* » (Aubin-Auger et al, 2008) des comportements et des ressentis expérientiels des personnes interrogées.

A partir de cette constatation empirique, une analyse des données recueillis sur le terrain et sur les théories du cadre conceptuel sera effectuée, afin de valider ou non les hypothèses de recherche.

2) L'échantillonnage

2.1 Constitution de l'échantillon

L'échantillon de l'étude a été constitué et précisé en deux parties. Effectuant un questionnaire dans un premier temps, la population visée devait : être titulaire d'un diplôme d'état d'ergothérapeute, exercer en France, pratiquer ou avoir pratiqué en EHPAD et s'être au moins interrogée une fois sur la sexualité des résidents au sein de leur l'EHPAD de pratique. Comme déjà précisé plus haut, 10 participants sur 26 ont laissé leurs coordonnées afin de pouvoir faire un entretien.

Néanmoins, comme expliqué précédemment, et en considérant que le questionnaire réalisé était biaisé, les 26 réponses apportées n'ont pas été prises en considération. Seule la deuxième question « *Selon vous, la sexualité est-elle une*

occupation ? », à laquelle 100% des participants (26) ont répondu « *oui* », et la dernière question où les participants avaient le choix de laisser leurs coordonnées ont été traitées.

Par la suite, les critères de l'échantillon ont été précisés avec les ergothérapeutes s'étant portés volontaires à l'issu du questionnaire. Pour rappel, leurs réponses n'ont pas été lues afin de ne pas influencer la suite de l'étude de terrain et dans la sélection des 10 ergothérapeutes y ayant répondu.

Par conséquent, une prise de contact avec les 10 participants ayant répondu au questionnaire a été effectuée. Le but est ici d'obtenir des données démographiques et identitaires en leur demandant leur âge, leur sexe, leur année de diplôme et la durée de leur expérience en EHPAD.

A travers les données récoltées, deux participants sur 10 étaient des hommes, huit étaient des femmes, trois étaient diplômées avant 2010, sept étaient diplômées après 2010 dont cinq depuis 2023. Il s'est avéré qu'un homme était diplômé d'avant 2010 et l'autre après 2010. La décision de construire l'échantillon à partir de ces données a été prise, puisqu'en 2010 le référentiel de formation en ergothérapie a évolué vers de nouveaux enseignements centrés sur l'occupation.

A la suite de ce constat, l'échantillon a naturellement été le suivant : une femme et un homme ergothérapeutes diplômés avant 2010, une femme et un homme ergothérapeutes diplômés après 2010. S'agissant des femmes diplômées, les deux premières participantes au questionnaire correspondaient aux critères d'inclusion. Le choix s'est donc tourné vers elles.

2.2 Prise de contacts

Le recrutement des ergothérapeutes enquêtés a été effectué sur la base du volontariat à partir du questionnaire non exploité. Deux temps sont à relever :

- Premier temps : diffusion du questionnaire sur les réseaux sociaux (Facebook) afin qu'un maximum de professionnels puisse y répondre et de récolter des coordonnées de participants.
- Deuxième temps : prise contact des 10 répondants par mail ou SMS en précisant leurs informations démographiques et identitaires afin de préciser la population.

Toutes les personnes sollicitées par mail ont répondu aux données démographiques demandées, à savoir leur âge, leur genre, leur année de diplôme, et leur durée d'expérience en EHPAD. Les deux hommes ont d'emblée été retenus pour effectuer un entretien (étant les seuls hommes à avoir répondu au questionnaire). S'agissant des femmes diplômées, les 2 premières participantes au questionnaire correspondaient aux critères d'inclusion. Le choix s'est donc tourné vers elles.

3) L'entretien

3.1 Les professionnels interrogés

Une fois la prise de contact établie, quatre ergothérapeutes, deux femmes et deux hommes se sont montrés favorables à la réalisation d'un entretien semi-directif. Afin de simplifier la compréhension et la rédaction, la lettre E suivi d'un numéro sera utilisée pour nommer les ergothérapeutes interrogés. Nous trouverons donc E1, E2, E3 et E4.

Trois professionnels interrogés (E1, E3 et E4) travaillent actuellement en EHPAD. E1 et E4 y exercent à temps plein, tandis que E3 ne travaillent qu'à temps partiel en EHPAD. E2 pratique à ce jour en centre de rééducation gériatrique mais a travaillé neuf ans en EHPAD au sein de différentes unités. Il est à noter que E2 a changé d'EHPAD au cours de sa carrière (minimum deux EHPAD). Tandis que E1, E3 et E4 n'ont pas changé de structure durant leur parcours.

E1 et E3 sont des hommes, tandis que E2 et E4 sont des femmes. E1 et E2 ont été diplômés avant la réforme sur la formation en ergothérapie de 2010, alors que E3 et E4 l'ont été après. Concernant le profil des ergothérapeutes interrogés, des informations plus détaillées se trouvent en ANNEXE VII.

3.2 Passation des entretiens

Avant la réalisation de chaque entretien, un formulaire de consentement a préalablement été rempli et signé par les professionnels (ANNEXE VIII).

Les entretiens avec E1 et E2 se sont déroulés par appel téléphonique. La raison de ce choix réside dans l'éloignement géographique trop important pour permettre une rencontre physique. L'appel téléphonique a été décidé selon la préférence des ergothérapeutes. Les entretiens avec E3 et E4 se sont quant à eux effectués physiquement, en raison de leur proximité géographique. Ces entrevues physiques ont d'ailleurs été le choix des ergothérapeutes.

La durée des entretiens était préalablement prévue entre 30 et 45min. Néanmoins, l'entretien avec E2 a duré une heure et 47 minutes, et celui avec E4, 54 minutes. Malgré ces différences de durée, les entretiens ont été menés le plus possible selon les mêmes critères, avec un rappel du sujet reçu par les participants au préalable. Le guide d'entretien (ANNEXE IX) ne leur a également pas été fourni afin de ne pas fausser leurs réponses et d'en garder la spontanéité, notamment sur leurs connaissances et leurs expériences en EHPAD concernant la sexualité des résidents.

4) Résultats

Les retranscriptions de chaque entretien (cf. ANNEXE X) ont été réalisées un fois ces derniers terminés, permettant ainsi leur analyse. Pour effectuer cette dernière, cinq grands thèmes ont été définis afin de classer les réponses apportées par les ergothérapeutes, en reprenant également les thématiques du guide d'entretien. Les cinq thèmes sont les suivants :

- La sexualité en EHPAD.
- Les facteurs de privation occupationnelle sur le plan de la sexualité des résidents.
- L'utilisation d'un ou plusieurs modèles conceptuels.
- Le positionnement du soignant dans l'abord de la sexualité des résidents.
- La connaissance du modèle EX-PLISSIT.

L'analyse des entretiens a été effectuée selon ces cinq thématiques, et non question par question. Ce choix s'explique par la similarité des informations évoquées par les ergothérapeutes pouvant se retrouver dans des questions différentes du guide d'entretien. Un code couleur pour chaque thème a donc été attribué pour faciliter l'analyse et la classification d'informations. Ce document d'analyse se trouve en ANNEXE XI. Ce travail a permis l'émergence des données suivantes.

4.1 La sexualité en EHPAD

Tous les professionnels ont eu une définition différente de la sexualité mais affirment qu'elle représente une occupation de vie quotidienne. Les ergothérapeutes s'accordent également sur le fait du respect de la vie privée du résident quant à sa sexualité et à la préservation de son intimité par divers moyens tels que « *la mise en place d'une signalétique* » (E1), « *apprendre à toujours frapper quand on rentre dans la chambre* » (E2), ou encore « *fermer sa chambre à clé* » et « *former les soignants à ce que quand leur chambre est fermée à clé, on les laisse* » (E4).

Le consentement sexuel entre résidents a également été exposé par E1, E3 et E4, notamment pour les résidents ayant de forts troubles cognitifs, comme étant l'une des principales problématiques pouvant amener à la privation occupationnelle d'un des résidents afin de protéger l'autre.

Enfin, E2 évoque le fait que la pratique de la sexualité des résidents en EHPAD est dépendante du tabou, de la représentation et de l'acceptation de la sexualité qu'elle représente pour l'équipe soignante. En effet, comme l'expose E3 « *on a du mal à se dire qu'un vieux c'est encore sexuellement actif* ».

4.2 Les facteurs de privation occupationnelle sur le plan de la sexualité des résidents

Au cours des entretiens, les ergothérapeutes ont pu apporter différents facteurs pouvant influencer la privation occupationnelle sur le plan de la sexualité des résidents. Un rappel de définition de la privation occupationnelle a également été réalisé afin de ne pas biaiser les réponses apportées. Il en ressort que tous les ergothérapeutes abordent la capacité de la personne (facteur purement intrinsèque) à pouvoir continuer d'avoir des rapports sexuels.

De plus, les ergothérapeutes 2 et 3 identifient l'équipe soignante comme étant un facteur de privation occupationnelle : « *il y a des soignants qui ont demandé à ce qu'on donne un traitement au monsieur pour casser son désir sexuel* » (E2), « *j'ai vu des soignants qui séparaient des gens qui à table se tenaient la main* » (E2), « *ce qui a été mis en place en équipe, ça participe au final à la restriction occupationnelle sur le plan de la sexualité* » (E3). Pour, E2 les représentations de l'équipe soignante de la personne âgée et de la sexualité influent directement sur l'accompagnement des résidents dans leur sexualité : « *c'était une équipe hyper infantilisante et hyper culpabilisante* ». En effet, pour E1, E2 et E3, l'intimité et le tabou que représente la sexualité, surtout celle des personnes âgées, peuvent engendrer une situation de privation occupationnelle. Le sujet n'est ni abordé par les résidents ni par les soignants, notamment à cause des différences d'éducation et de génération, plus pudique et méfiante sur leur vie intime comme l'exprime E4.

Enfin, tous les professionnels identifient l'institutionnalisation des résidents comme étant un élément perturbateur de leur « *routine occupationnelle* » (E4), dans leur confort et leur intimité (E1 et E3) et dans leur environnement (E3). E4 rajoute

également le fait que la séparation physique des résidents avec leur conjoint (resté à domicile) entraîne la privation occupationnelle sur le plan de la sexualité des résidents.

4.3 L'utilisation d'un ou plusieurs modèles conceptuels

Les ergothérapeutes E2 et E3 se réfèrent lors de l'entretien à l'utilisation de la pyramide de Maslow, notamment pour justifier que la sexualité est une occupation. E3 et E4 expliquent avoir une pratique centrée sur l'occupation et la personne, de par leur formation de jeunes diplômés (2022 et 2023). On retrouve ainsi les termes occupations, environnement, patient centré (E4) dans leur discours.

E4 utilise le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), qui regroupe les valeurs, les centres d'intérêt et les rôles de la personne, des notions importantes selon elle pour cibler sa prise en soin sur les « *occupations souhaitées et perdues* » et l'adaptation des soins personnels et activités productives et de loisirs. E3 a également recours à ce modèle afin de recueillir des informations sur « *la motivation, la volition, les habitudes de vie* ».

S'agissant des ergothérapeutes 2 et 3, tous deux utilisent la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO), outil du Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO). Pour E3, cet outil « *englobe vraiment toutes les activités de vie quotidienne* » et sert à « *dégrossir les occupations importantes pour la personne et sa satisfaction à les faire* », complété par le MOH pour détailler les activités pointées par la MCRO et pour déterminer les difficultés de la personne pour les pratiquer. E2 mentionne également la MRCO, et s'appuie en plus sur le concept d'autodétermination afin de « *remettre la personne au centre du soin* » avec des demandes et des choix qui lui sont propres.

Néanmoins, E2 explique ne pas utiliser régulièrement de modèle conceptuel dans sa pratique (mise à part le concept d'autodétermination du résident) mais plutôt « *pousser au maximum son autonomie dans ses choix et ce qui est important pour lui* ».

S'agissant de l'ergothérapeute 1, il n'utilise pas de modèle dans sa pratique, trouvant cela « *assez restrictif* » et peu adapté à l'EHPAD qui est un milieu de vie avec des situations très diverses selon les résidents. Ce professionnel base sa pratique autour de l'autonomie et de l'indépendance de la personne, afin qu'elle puisse « *faire les choses un maximum seul* » dans sa vie quotidienne. Cela passe pour lui, par la

garantie du confort de la personne, de la participation aux animations et au travail de rééducation.

4.4 Le positionnement du soignant dans l'abord de la sexualité des résidents

Pour tous les professionnels, la relation de confiance est essentielle pour aborder le sujet de la sexualité avec les résidents, étant donné l'intimité du sujet.

Selon E1, la relation de confiance aiderait à libérer la parole des résidents, les demandes sur le plan de la sexualité des résidents n'étant pas les plus fréquentes. Les questions ouvertes, un cadre rassurant et bienveillant (par exemple E2 offre une tisane aux résidents qui rencontreraient des difficultés à aborder le sujet de leur sexualité), permettent d'inviter la personne ou les personnes d'échanger sur leur sexualité.

Toujours selon E1, être le référent pour les projets personnalisés des résidents peut aider à la relation de confiance et ainsi avoir un impact sur les confidences du résident au thérapeute quant à sa sexualité. E2 affirme même que la relation de confiance ne doit pas être uniquement avec l'ergothérapeute pour aborder les thématiques sexuelles mais également avec tous les soignants de l'équipe, qui aurait un rôle à jouer pour garantir la sexualité des résidents. Des discussions en équipe sont alors engagées par le biais de transmissions pour E2, E3 et E4.

E2 et E3 précisent d'ailleurs utiliser l'humour pour aborder la sexualité, afin de « *dédramatiser* » (E2) le sujet et que les résidents se sentent plus à l'aise pour parler de leur vie intime, une problématique qui peut être compliquée d'aborder avec ces générations là (E4). Pour E3, avoir une discussion autour de la sexualité d'un résident avec ce dernier peut être perçu comme un manque de respect, dû à une pudeur davantage présente chez ces générations. Selon lui, « *parler sexualité avec des personnes qu'ont l'âge de mon grand-père, c'est un peu délicat* ». D'après l'expérience d'E2, certains soignants peuvent effectuer des transferts avec des membres de leur famille et ainsi avoir du mal à accepter que les résidents aient une vie intime et sexuelle active.

Néanmoins, tous les professionnels interrogés affirment n'avoir aucune gêne pour discuter de sexualité et ne provoquent pas la discussion. Ils n'abordent pas « *frontalement* » (E3), ni systématiquement les questions sur la vie intime et sexuelle des résidents, et attendent que ce soit eux qui l'abordent d'une quelconque façon. E3 et E4 rapportent qu'ils peuvent amener implicitement et indirectement le sujet de la

sexualité en posant des questions, notamment à des couples de résidents, telles que « *est-ce que vous partagiez le même lit ?* » (E3) ou encore « *est-ce que vous voulez dormir dans le même lit ? Est-ce que vous voulez deux lits séparés ?* » (E4). Les résidents peuvent d'ailleurs se sentir plus à l'aise d'aborder leur sexualité avec un soignant du même sexe (E3). En effet, E3 étant un homme, il a déjà remarqué qu'avoir le même sexe que son interlocuteur facilitait pour certains cas la discussion avec des résidents.

Ainsi, pour l'ensemble des ergothérapeutes, parler avec les résidents de leur sexualité repose sur le socle de la confiance. Le sujet est préférentiellement abordé sans la présence d'un tiers, uniquement avec l'ergothérapeute et le résident, et le/la psychologue si le résident le souhaite. En effet, E1, E2 et E4 collaborent étroitement avec le/la psychologue de leur structure grâce à son expertise des comportements et réponses à apporter (E1), jusqu'à en déléguer la tâche si la relation de confiance est plus avancée entre le résident et le/la psychologue (E4).

Enfin, selon E2, les ergothérapeutes, et soignants en général, manquent de formation sur le thème de la sexualité en France et de sa prise en soin. Le manque de connaissances, et le tabou que représente la sexualité, surtout des personnes âgées, peut occasionner une gêne chez le soignant qui ne va ni aborder ni traiter les questions liées à la sexualité du résident (E3). Ce ressenti de la part des ergothérapeutes est également perçu comme un frein pour accompagner les résidents dans leur sexualité pouvant engendrer une situation de privation occupationnelle.

4.5 La connaissance du modèle EX-PLISSIT

A l'unanimité, les professionnels interrogés ne connaissent pas le modèle EX-PLISSIT. E1 et E2 n'en n'ont jamais entendu parler, et E3 et E4 le connaissent de nom étant donné qu'il a été brièvement abordé lors de leur formation. Ils n'ont mentionné aucun autre outil utilisé d'accompagnement à la sexualité.

Le principe du modèle a été expliqué à tous les professionnels. E1 et E2 trouve intéressant de pouvoir stopper la prise en soin, grâce au principe de rétroaction du modèle, dès lors que le thérapeute et/ou le patient ne se sent plus en capacités de continuer pour diverses raisons.

De la même manière, E4 trouve avantageux de recueillir pour chaque étape du modèle le consentement des deux parties et de le réévaluer continuellement. E1 trouve pertinent de toujours obtenir et réobtenir l'accord de la personne pour continuer

son accompagnement. E3 ajoute même qu'en tant qu'ergothérapeute, il partagerait le modèle à ses collègues afin que chaque soignant puisse aborder la sexualité avec les résidents si tel est son souhait (nous en revenons à la relation de confiance avec le résident qui peut être plus engagée avec un autre soignant qu'avec l'ergothérapeute, et qui ainsi aura plus de facilités à se confier sur sa sexualité). E2 et E4 tiennent les mêmes propos : s'ils ne sont pas compétents, ils redirigent le résident vers un autre soignant, notamment dans leur cas le/la psychologue de la structure.

Cette partie a permis de mettre en lumière les résultats obtenus lors des différents entretiens. Ils feront ensuite l'objet d'une discussion, retrouvée ci-dessous.

5) Discussion

A travers cette partie, l'objectif sera de s'interroger sur les données empiriques récoltées au regard des données théoriques du cadre conceptuel rédigé en amont, afin de pouvoir répondre aux hypothèses de recherche. Ajouté à cela, une réflexion critique de la recherche sera apportée, comprenant les biais et les limites de la recherche, ainsi que ses perspectives. Enfin, la discussion s'achèvera sur la projection personnelle émise à l'issue de ce travail.

5.1 Conclusion des résultats

L'analyse des données empiriques des quatre entretiens a permis de mettre en évidence différents points. En premier lieu, les professionnels n'ont pas la même définition de la sexualité. Or, ils sont en accord pour dire que la sexualité ne s'arrête pas uniquement à la pénétration, et la considère comme une occupation de la vie quotidienne.

Également, tous les professionnels se rejoignent pour dire que l'entrée et/ou le maintien en EHPAD peut engendrer une privation occupationnelle générale du résident, et d'autant plus au niveau de sa sexualité. L'institutionnalisation et le changement d'environnement perturbe la routine occupationnelle des résidents, y compris sur le plan de leur sexualité. Ces perturbations environnementales sont diverses et renvoient à une définition large de l'environnement (social, culturel, physique, occupationnel).

En effet, des horaires (E4) sont à respecter, en plus d'un plan de soin (E3) pour certain. Le confort et l'intimité qu'ont les résidents n'est plus le même qu'à domicile, vivant au sein d'un lieu de vie collectif (E1). De plus, la séparation physique des couples, soit quand le conjoint se trouve encore à domicile (E4) ou si le couple de

résidents est séparé au sein de l'établissement (E2), peut également engendrer une situation de privation occupationnelle sur le plan de leur sexualité, en impactant leurs co-occupations.

Selon les professionnels, l'écart existant entre les capacités physiques ou cognitives de résidents partenaires peut aboutir à une situation de privation occupationnelle sur le plan de leur sexualité. Néanmoins, la privation occupationnelle trouve ses origines à cause de facteurs externes non contrôlables par l'individu. De cette manière, les capacités intrinsèques de la personne ne peuvent pas être identifiées comme un facteur de privation occupationnelle.

Le tabou que représente la sexualité apparaît également comme l'une des causes principales selon tous les ergothérapeutes. En effet, pour E1 et E4, les demandes des résidents par rapport à leur sexualité sont très peu fréquentes. Les valeurs que porte cette génération (E3 et E4) influent sur la pudeur d'émettre des demandes quant à la pratique de leur sexualité. Mais aussi, les croyances intériorisées des résidents du fait qu'avoir une vie sexuelle, affective ou intime active n'est plus de leur âge, ne participent pas à l'émission des demandes.

D'après une étude menée en 2019, le veuvage et la fidélité au conjoint décédé reste très ancré dans les valeurs de nos aînés. Parler sexualité est un affront envers le défunt conjoint. Il émane donc des discours des personnes âgées une forme de pudeur, et est impensable de trahir son partenaire de vie décédé. Également, les représentations sociales s'arrêtent encore au fait que l'activité sexuelle s'estompe à partir de la ménopause pour les femmes, avec une vision procréative de la sexualité. Fatalement, les personnes âgées estiment que continuer d'avoir une vie sexuelle active n'est plus de leur âge (Lambelet et al, 2019).

De surcroît, les demandes des résidents sont interdépendantes du climat de confiance et de sécurité qu'inspire l'équipe soignante (E2). Les représentations sociales et fausses croyances sur la sexualité des personnes âgées (E3) peuvent alors restreindre l'accompagnement de la personne âgée dans sa sexualité, seule ou à plusieurs. Le respect de la vie intime et sexuelle des résidents (E2), posé par la circulaire de juillet 2021 évoquée au sein du cadre conceptuel, est alors directement impacté, et leur santé sexuelle également.

Par ailleurs, seuls E3 et E4 utilisent des modèles conceptuels (le MOH et l'outil MCRO) dans leur pratique. Cela leur permet de comprendre et d'analyser les différents facteurs qui gravitent autour de la personne, en intégrant son être, son environnement

et son agir dans ses occupations (Bélanger et al., 2006). Ici, un parallèle avec le modèle PEOP peut être effectué. Ce modèle prend en compte la personne (facteurs intrinsèques tels que ses capacités cognitives et motrices), son environnement (social, culturel, physique), ses occupations avec la performance et le bien-être qu'elle en tire. E2 ne considère pas utiliser de modèle conceptuel, bien qu'elle s'inspire irrégulièrement de la MCRO. Dans son discours, elle évoque l'environnement social (notamment les soignants et la famille du résident), les capacités de la personne à accomplir ses « *activités de vie quotidienne* » en suivant ses propres choix. Ici encore sont retrouvés les concepts du PEOP et les liens effectués entre la personne et son environnement, agissant sur sa performance dans ses occupations.

Enfin, s'agissant de E1, il n'utilise aucun modèle dans sa pratique, les trouvant non adapté au lieu de vie de l'EHPAD. Par conséquent la dimension environnementale qui entoure la personne est effacée de son discours, se référant davantage à l'autonomie et l'indépendance dans les activités de vie quotidienne de cette dernière en fonction de ses capacités et de ses désirs. Cette approche dite biomédicale s'axe sur la dimension objective des capacités de la personne dans ses activités, sans prêter suffisamment attention à l'environnement qui entoure la personne (Charret & Samson, 2017).

De ce fait, nous observons que E3 et E4, diplômés après la réforme de 2010 de la formation en ergothérapie, revendiquent une approche occupation-centrée avec l'utilisation de modèles conceptuels dans leur pratique et analyse en ergothérapie. En effet, depuis 2010, les étudiants ont désormais deux compétences (C1 : évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapique, et C2 : concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement) à valider dans leur formation portant sur le choix et l'utilisation d'un ou plusieurs modèles conceptuels dans leur pratique (arrêté du 5 juillet 2010). La connaissance et l'utilisation modèles conceptuels sont donc davantage encrées dans la pratique des ergothérapeutes diplômés après 2010. Or, E3 et E4 sont diplômés depuis 2022 et 2023. Les modèles sont alors perçus comme des outils pour « *comprendre, argumenter, et spécifier* » le travail des ergothérapeutes (Morel-Bracq, 2017, p.4)

A contrario, E1, diplômé avant la réforme 2010, adopte une approche davantage déficience-centrée où les capacités de la personne et ses troubles sont au centre de l'accompagnement ergothérapique. Au vu de ces observations, un écart de pratique des ergothérapeutes se distingue. Entre les paradigmes biomédical (avant

réforme) et systémique (après réforme), l'activité devient « *un but à atteindre* » (Charret & Samson citent Trouvé et al, 2017). Désormais, l'ergothérapie s'intéresse davantage à l'engagement et la participation de la personne au sein de son contexte environnemental.

En outre, pour les ergothérapeutes, ici à l'aise à aborder la sexualité des résidents, l'accompagnement de cette dernière est interdépendant de la relation de confiance qui est créée avec le soignant. Le rôle de l'ergothérapeute va être aussi bien d'adapter l'environnement, que de permettre l'occupation via des aménagements d'ordre matériel (orthèses, adaptation du lit, signalétique), mais également d'instaurer un climat de confiance pour que le résident puisse se sentir libre d'exprimer ses problématiques et demandes d'ordre sexuel. L'ergothérapeute devient alors un acteur de promotion de la santé sexuelle et de respect des droits sexuels des résidents au sein de l'EHPAD (Caire & Poirel, 2023, p.94). La collaboration avec le/la psychologue, mais également l'ensemble de l'équipe soignante est essentielle pour assurer l'épanouissement sexuel des résidents.

Néanmoins, il ressort que pour E2 et E3, le manque de formation des ergothérapeutes et de l'équipe soignante sur l'accompagnement à la sexualité des résidents constitue un réel frein à leur bien-être et à leur santé sexuelle. Des outils pour aborder et informer les résidents sur l'accompagnement à la sexualité devraient être mise en place (E2, E3 et E4), notamment sur des thèmes portés autour du consentement, du positionnement au lit, et de moyens de protections contre les maladies sexuellement transmissibles. Il apparaît alors que le modèle EX-PLISSIT, dont seulement deux des professionnels interrogés connaissent de nom (E3 et E4), serait un outil pertinent dans l'accompagnement de la sexualité des résidents grâce à sa boucle de rétroaction. Il permet d'engager le dialogue sur les « *habitudes de vie de la sexualité* » (Caire & Poirel citent Taylor & Davis, 2023 p.94).

Même si les professionnels ne connaissent pas le modèle EX-PLISSIT ou en connaissent uniquement le nom, indirectement ils mettent en place dans leur pratique des étapes de ce dernier. En effet, recueillir constamment le consentement du résident pour aborder sa sexualité est essentiel pour l'accompagner dans ses problématiques d'ordre sexuel. Cela renvoie donc à la boucle de rétroaction où le consentement est vérifié à chacune des 4 étapes du modèle.

D'ailleurs, E4 envisage de se munir du bilan ELADEB (Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins) qui comporte une carte « sexualité » pour

engager et faciliter le dialogue sur la sexualité. Selon elle, un support matériel pourrait faciliter l'abord du sujet avec le résident, « *ça permet de mettre le sujet sur la table* » (E4). Cette approche peut paraître moins intrusive dans l'intimité du résident pour lui et faciliter la liberté de paroles. Ici, encore, un parallèle peut être fait avec la première étape du modèle « *autorisation* » (GRIMN, 2019), où la personne et le thérapeute acceptent mutuellement de parler des difficultés sexuelles de cette dernière (pour reprendre les termes du modèle).

Enfin, E2, E3 et E4, affirment que si les questions et problématiques de la sexualité des résidents dépassent leurs compétences personnelles et/ou professionnelles d'ergothérapeute, l'accompagnement est relayé à un autre professionnel, notamment le psychologue. Cette réorientation vers un autre professionnel plus compétent dans son champ d'intervention fait référence à la quatrième étape du modèle EX-PLISSIT « *traitements intensifs* » (GRIMN, 2019).

A travers ces observations, nous remarquons que les concepts des étapes 2 « *informations restreintes* » et 3 « *suggestions spécifiques* » (GRIMN, 2019) ne se retrouvent pas dans les propos des ergothérapeutes interrogés. Ces étapes portent sur l'information des problématiques sexuelles rencontrées et l'accompagnement personnalisé de la personne. Un parallèle peut alors être effectué quant au manque de formation sur l'accompagnement à la sexualité dont E2 et E3 témoignent. Le déficit de connaissances en matière de sexualité provoquerait donc un sentiment d'illégitimité de compétences pour l'ergothérapeute, du fait de l'absence de cette thématique dans la formation. Le champ de compétences des ergothérapeutes dans l'accompagnement de la sexualité, ici des sujets âgés en institution, se trouverait alors inévitablement restreint.

La discussion des résultats empiriques obtenus, mis en parallèle avec les données théoriques, étant maintenant achevée, une réponse aux hypothèses de recherche peut être apportée.

5.2 Retour sur les hypothèses de recherche

À la suite de la rédaction du cadre conceptuel, deux hypothèses de recherche ont été posées.

Pour rappel, la première hypothèse est la suivante : l'utilisation du modèle PEOP par l'ergothérapeute auprès des résidents en EHPAD permet d'identifier les

facteurs de privation occupationnelle sur le plan de leur sexualité.

Cette hypothèse ne peut pas être validée. En effet, les ergothérapeutes n'utilisent pas le modèle PEOP dans leur pratique. Or, on retrouve les concepts du PEOP (personne, environnement, occupation et performance) dans leur analyse du profil occupationnel du résident. Les liens et relations qui en émanent peuvent alors permettre d'identifier les facteurs de privation occupationnelle sur le plan de la sexualité des résidents. Cependant, ce sont soit les modèles du MOH et/ou l'outil de la MCRO qui ont été mentionnés par les ergothérapeutes, soit aucune utilisation de modèles conceptuels dans la pratique.

La seconde hypothèse est la suivante : l'utilisation complémentaire du modèle PEOP et du modèle EX-PLISSIT par l'ergothérapeute dans l'accompagnement de la sexualité permet de prévenir la privation occupationnelle des résidents en EHPAD sur le plan de leur sexualité.

Cette hypothèse ne peut également pas être validée. En effet, les ergothérapeutes interrogés ne connaissent pas (hormis de nom) le modèle EX-PLISSIT, et n'utilisent pas le modèle PEOP. Néanmoins, même s'ils ne les intègrent pas dans leur pratique, nous retrouvons les concepts clés du PEOP (comme expliqué dans l'hypothèse précédente) et deux étapes du modèle EX-PLISSIT, impliquant que ces outils trouveraient place dans leurs accompagnements de la sexualité des résidents. Cela renvoie une nouvelle fois au manque de connaissances en matière d'accompagnement à la sexualité au sein de la formation en ergothérapie exposé par les ergothérapeutes.

Évidemment, ces résultats ne sont fondés que sur les quatre entretiens effectués et l'expérience des ergothérapeutes interrogés. Ils ne constituent donc pas une généralité des faits établis par cette recherche.

5.3 Biais et limites de l'enquête

Plusieurs biais et limites sont à constater dans cette recherche. Ils sont énumérés ci-dessous.

Tout d'abord, s'agissant des biais de l'étude, d'un point de vue méthodologique, les ergothérapeutes interrogés ont été choisis à partir d'un questionnaire diffusé sur le réseau social Facebook. Pour rappel, les données de ce questionnaire n'ont pas été exploitées. L'utilisation de questions dichotomiques et fermées ne correspondait pas aux attendus de la recherche. Avoir centré les entretiens uniquement sur quatre

ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire n'est donc pas représentatif de la population française des ergothérapeutes exerçant ou ayant exercé en EHPAD, et s'étant déjà interrogé sur l'accompagnement à la sexualité des résidents. Ajouté à cela, les ergothérapeutes interviewés n'ont pas la même durée d'expérience en EHPAD, provoquant par conséquent un ratio différent de situations à problématiques sexuelles observées.

Ensuite, lors de la passation des entretiens, un rappel du terme privation occupationnelle a dû être effectué aux professionnels. Du fait de la spontanéité du dialogue, les mots employés pour définir la privation occupationnelle ont pu ne pas être les mêmes pour tous les professionnels. De plus, des écarts importants sont à souligner quant à la durée des entretiens allant de 31 minutes à une heure et 47 minutes. Ces différences ont ainsi pu biaiser méthodologiquement l'étude puisque les questions de relances n'ont pas toujours été les mêmes.

En sachant, que l'ergothérapeute de l'entretien le plus long avait bénéficié, dans sa formation, d'enseignements sur le handicap et la sexualité, et est engagée au sein d'association en faveur de la libre expression de la sexualité des individus. Par conséquent, le professionnel a fait appel à des expériences très personnelles et des idées de valeurs pouvant remettre en cause la neutralité de l'intervieweur. Un biais affectif peut alors être perçu.

Deux des quatre entretiens ont été effectués physiquement, laissant place à un langage non verbal. Contrairement, aux deux autres entretiens, qui se sont déroulés par téléphone.

Également, les ergothérapeutes ne connaissant pas en quoi consiste le modèle EX-PLISSIT, des explications sur le modèle ont dû être apportées. Selon l'intérêt des professionnels envers le modèle, les renseignements ont été plus ou moins détaillés, avec par exemple l'explication des quatre étapes du modèle pour un des ergothérapeutes.

Enfin, l'ensemble des ergothérapeutes ayant mentionnés les capacités intrinsèques de la personne à pratiquer une activité sexuelle, axer l'hypothèse de recherche uniquement sur la dimension environnementale du PEOP aurait pu être intéressant. Un biais méthodologique peut également se dégager. D'autant plus que la privation occupationnelle ne s'intéresse qu'aux facteurs extrinsèques de la personne.

Plusieurs limites sont également à prendre en compte dans l'étude. Tout d'abord, au vu du manque d'expérience de l'intervieweur dans la passation d'entretiens, ces derniers auraient pu être davantage creusés quant aux propos des ergothérapeutes interrogés.

Ensuite, la méconnaissance du modèle EX-PLISSIT et la non-utilisation du modèle PEOP peut également représenter une limite dans l'étude. En effet, les professionnels n'utilisant pas ou ne connaissant pas ces modèles de pratique, il aurait été intéressant de recueillir l'expérience de professionnel utilisant ces modèles au sein de leur pratique.

De plus, il apparaît, d'après les recherches effectuées, qu'encore aucune validation transculturelle n'a été effectuée vis-à-vis du modèle EX-PLISSIT en France. La validation transculturelle correspond à la vérification de l'outil sur la concordance des éléments d'évaluations par rapport à une autre culture (Michel cite Mignet cite L'international Test Commission, 2020). Ainsi, bien que l'outil soit applicable par les ergothérapeutes québécois, il n'est pour le moment pas reconnu officiellement utilisable et adapté à la culture française pour les ergothérapeutes français.

5.4 Projections et perspectives de poursuite du travail

A l'issue de cette recherche, des perspectives de poursuite du travail se dégagent. Tout d'abord, il faudrait réduire au maximum les biais et limites énoncés précédemment. Etant donné qu'aucun ergothérapeute interrogé n'utilise le modèle PEOP dans sa pratique, il serait intéressant de recentrer l'étude sur un autre modèle de pratique tel que le MOH, prenant en compte la personne dans sa globalité. En effet, ce modèle d'analyse paraît plus ciblé et plus utilisé que le modèle PEOP. Il prend en compte l'environnement sous trois formes : physique, social et occupationnel. Ces composantes de l'environnement sont essentielles afin de comprendre le « *fonctionnement occupationnel* » de l'individu, reliées à sa volition (valeurs, centres d'intérêt, déterminants personnels), son habitude (rôle et habitudes de vie) et sa capacité de rendement (Béranger et al., 2006). La considération de tous ces éléments semble adaptée au thème de cette recherche. Les valeurs et habitudes de vie de la population âgée, ainsi que l'influence de l'environnement physique et social peuvent conditionner les situations de privation occupationnelle sur le plan de la sexualité des résidents en EHPAD. L'institutionnalisation de nos aînés peut bouleverser leur identité, participation et performance occupationnelle. C'est pourquoi, il est tout à fait

concevable que la recherche soit poursuivie auprès d'ergothérapeutes en EHPAD utilisant le MOH dans leur pratique afin de déceler les problématiques d'ordre de la sexualité des résidents.

Outre le MOH, le Modèle Transactionnel de l'Occupation (MTO), plus récent (2019), montre son intérêt quant à l'indissociabilité entre l'occupation de la personne et les « *éléments situationnels* » qui l'entourent (Cruquillon-Ruiz et al., 2023, p.149). Il pourrait alors se montrer être un outil pertinent dans l'identification des facteurs de privation occupationnelle sur le plan de la sexualité de l'individu.

De plus, il ressort de l'étude le manque de formation des ergothérapeutes sur les thématiques d'accompagnement à la sexualité. Représentant encore un tabou au sein de notre société, il pourrait alors être intéressant de comprendre pourquoi la sexualité, constituant une occupation pour l'Homme, n'est pas représentée dans les enseignements en ergothérapie. Et par conséquent, quels seraient les outils appropriés en ergothérapie pour accompagner au mieux les résidents dans leur sexualité, mais également toute personne rencontrant des problématiques d'ordre sexuel.

Pour encore aller plus loin dans cette étude, interroger des ergothérapeutes qui exploitent le modèle EX-PLISSIT avec la population âgée en lieu de vie serait pertinent. Etant donné qu'il n'est que très peu connu et appliqué en France, il faudrait aller investiguer au-delà des frontières, notamment en Suisse où la profession d'aidant sexuel en institution est autorisée.

5.5 Projections professionnelles

Pour terminer, cette partie relatara de l'apport de ce travail dans ma pratique professionnelle. Par conséquent, le pronom « je » sera ici employé afin de faciliter la projection.

Méthodologiquement, ce travail d'initiation à la recherche m'a permis d'améliorer mes compétences concernant la recherche documentaire, et notamment de la recherche scientifique. Ces compétences ont d'ailleurs pu être mise en œuvre dans l'analyse de ma pratique au cours de mes stages. Je n'ai donc aucun doute sur l'impact bénéfique que cela aura, ajouté à l'amélioration de mes capacités réflexives, dans ma future pratique et dans ma veille professionnelle.

Enfin, me destinant déjà à travailler auprès du sujet âgé, les recherches théoriques et empiriques n'ont fait que confirmer mon attrait pour cette population, et sa

participation occupationnelle. J'ai également pu m'apercevoir que la sexualité était encore un sujet trop peu abordé dans le monde médical et paramédical, développant en moi l'envie de m'engager en faveur de la sexualité et du handicap.

VII Conclusion

Le tabou que représente la sexualité enracine les fausses croyances portées sur la vie sexuelle et affective de la personne âgée. Même si de plus en plus d'études montrent que la personne âgée reste sexuellement active et attirante, cette dernière est enfermée et se restreint dans l'épanouissement de sa sexualité. Les mœurs et représentations sociales de la culture française et des différentes générations qui la composent y jouent un rôle prépondérant. De nombreuses controverses au sein de la littérature sont à relever quant à l'identification de la sexualité comme étant une occupation. Toutefois, plusieurs auteurs ont affirmé la reconnaissance de l'occupation sexualité avec la garantie de la santé sexuelle, objectif de santé publique. L'ergothérapeute, professionnel de l'occupation, se montre alors comme étant un acteur légitime pour accompagner la personne âgée dans sa sexualité. D'autant plus lorsque l'institutionnalisation de la personne âgée engendre des perturbations occupationnelles sur le plan sexuel pouvant entraîner une situation de privation occupationnelle chez le résident.

Ce travail d'initiation à la recherche a eu pour visée de s'interroger sur le rôle de l'ergothérapeute dans la lutte contre la privation occupationnelle du sujet âgé en institution, sur le plan de sa sexualité. Plus clairement, il a été question d'investiguer sur les outils et moyens utilisés par l'ergothérapeute pour prévenir les situations de privations occupationnelles concernant la sexualité des résidents en EHPAD. Les résultats empiriques ont montré que l'utilisation des modèles conceptuels, tel que le MOH, aident les ergothérapeutes à identifier les facteurs de privation occupationnelle sur le plan de la sexualité des résidents. L'utilisation des modèles conceptuels, tel que le PEOP, ne semble d'ailleurs pas guider la pratique de tous les ergothérapeutes. Des différences d'enseignements lors de la formation, notamment entre les approches déficiences-centrée et occupation-centrée, mais également d'intérêt peuvent conditionner les outils utilisés par les ergothérapeutes dans leur pratique. Par ailleurs, le sujet de la sexualité avec les générations vivant actuellement en EHPAD s'avère être délicat à aborder. Le manque de formation des ergothérapeutes sur l'accompagnement à la sexualité, ici des sujets âgés en institution, occasionne un

sentiment d'incompétence à intervenir auprès de la population âgée pour garantir la santé sexuelle des résidents.

La finalité de ces recherches théoriques et empiriques a permis de montrer que les outils d'accompagnement à la sexualité, tel que le modèle EX-PLISSIT, restent inconnus et non utilisés par les ergothérapeutes français, remettant en cause leur sentiment de compétence à intervenir dans ce domaine. Également, l'institutionnalisation du sujet âgé amène à avoir une vision globale de la personne, en prenant en considération son environnement, ses occupations, mais également l'entièreté de sa personne. Les relations entre ces trois composantes sont indissociables pour comprendre les difficultés occupationnelles de la personne, mais également pour cibler l'accompagnement de l'ergothérapeute. L'importance du contexte socioculturel, de l'environnement et des éléments personnels du sujet âgé dans son accompagnement à la sexualité en institution amène à penser que l'utilisation du Modèle Transactionnel de l'Occupation (MTO) serait un outil intéressant afin de prévenir des situations de privations occupationnelles de l'ordre de la sexualité des résidents.

BIBLIOGRAPHIE

➤ OUVRAGES

- Ameline, S. & Levannier, M. (2021). *Chapitre 1. Les cycles de vie et le développement psycho-social de l'être humain*. Dans : S. Ameline & M. Levannier (Dir), DEAS : Tout-en-un (pp. 6-16). Paris : Vuibert. <https://www.cairn.info/deas--9782311660791-p-6.htm>
- Caire, J.-M. & Poriel, G. (2023). *L'ergothérapie centrée sur la personne et ses occupations. Guide de pratique*. Ergothérapie. De Boeck supérieur.
- Criquillon-Ruiz, J., Soum-Pouyalet, F., Tétreault, S. (2023). *L'évaluation en ergothérapie*. Ergothérapie. De Boeck supérieur.
- Davis, S. (2006). *Rehabilitation: The Use of Theories and Models in Practice*. Elsevier Health Sciences.
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3ème édition). Montréal, Québec : Chenelière éducation.
- Morel Bracq, M. C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (2ème édition). De Boeck supérieur.

➤ ARTICLES

- ACE. (2008). Prise de position de l'ACE : Les occupations et la santé. *Actualités ergothérapeutiques*, 11(1), 24-26. [https://caot.ca/document/4210/L%20-%20Les%20occupations%20et%20la%20sant%C3%A9%20\(2008\).pdf](https://caot.ca/document/4210/L%20-%20Les%20occupations%20et%20la%20sant%C3%A9%20(2008).pdf)
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., & Imbert, P. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 84. 142-145.
- Badelon, C., & Maulino, F. (2016). Le devenir du couple en ehpad. *Le Journal des psychologues*, 336(4), 35-42. <https://doi.org/10.3917/jdp.336.0035>
- Bederer, I. (2023). La sexualité du sujet âgé : Entre tabous et idées reçues. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 23(138), 438-441. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2023.05.001>

- Bondil, P. (2008). Vieillesse sexuelle : Mythes et réalités biologiques. *Sexologies*, 17(3), 152-173. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2008.06.001>
- 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>
- Ciland, C. (2014). La construction de l'identité de genre à l'adolescence. *Adolescence*, 321(1), 165-179. <https://doi.org/10.3917/ado.087.0165>
- Couldrick, L. (2005). Sexual Expression and Occupational Therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 68(7), 315-318. <https://doi.org/10.1177/030802260506800705>
- Dupras, A. (2007). La chambre d'intimité en institution. Innovation et paradoxes. *Gérontologie et société*, 30(122), 107-124. <https://doi.org/10.3917/gs.122.0107>
- Goulet, S. & Fortin, B. (2017). Aborder la sexualité pendant l'entretien médical. *Le Médecin du Québec*, 52(6), 61-64. http://www.psychologue.levillage.org/med_sex_2017.pdf
- Lambelet, A., Brzak, N., Avramito, M., & Hugentobler, V. (2019). Vie sexuelle des personnes âgées en institution : Ce qu'elles en disent. *Gérontologie et société*, 41(160), 155-168. <https://doi.org/10.3917/gs1.160.0155>
- Margot-Cattin, I. (2018). La perspective transactionnelle de l'occupation racontée pas à pas. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 4(2), 29-41. <https://doi.org/10.13096/rfre.v4n2.114>
- Minichiello, V., Rahman, S., Hawkes, G., & Pitts, M. (2012). STI epidemiology in the global older population: Emerging challenges. *Perspectives in Public Health*, 132(4), 178-181. <https://doi.org/10.1177/1757913912445688>
- Bélangier, R., Briand, C., & Marcoux, C. (2006). Le Modèle de l'Occupation Humaine. *Le partenaire. La volition et la motivation en santé mentale*. 13(1), 8-15.
- Smith, K. P., & Christakis, N. A. (2009). Association Between Widowhood and Risk of Diagnosis With a Sexually Transmitted Infection in Older Adults. *American Journal of Public Health*, 99(11), 2055-2062. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.160119>
- 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. 135-139. <https://doi.org/10.1007/s11195-007-9044-x>
- Thomas, P., & Hazif-Thomas, C. (2021). La sexualité et intimité des personnes âgées. *Trayectorias Humanas Trascontinentales*, 10. <https://doi.org/10.25965/trahs.3686>

Trivalle, C. (2006). La sexualité du sujet âgé. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 6(31), 7-9. [https://doi.org/10.1016/S1627-4830\(06\)75214-X](https://doi.org/10.1016/S1627-4830(06)75214-X)

Whiteford, G. (2000). Occupational Deprivation: Global Challenge in the New Millennium. *The British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 200-204. <https://doi.org/10.1177/030802260006300503>

➤ AUTRES

ANFE. (s. d.). *Qu'est-ce que l'ergothérapie*. Consulté 4 février 2024, à l'adresse https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Consulté le 1 mai 2024 à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022447668/>

Benney, I. (2019). *Les fluctuations motrices et la performance occupationnelle des personnes parkinsoniennes*. Mémoire d'initiation à la recherche. IFE « La Musse ». https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/06/BENNEY-MALADIE-DE-PARKINSON.ERGOTHERAPIE.OCCUPATION.PERFORMANCE-OCCUPATIONNELLE.MCRO_5b406d0e1f66b4a2d807fcfdb6743ae5-60b965cb.pdf

Briffaut, A. (2017). *Sexualité et équilibre occupationnel : En quoi la sexualité influence-elle l'équilibre occupationnel de la personne ?* Mémoire d'initiation à la recherche. IFE IRFSS – Centre Val de Loire. <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/BRIFFAUT-Anne-066dfb4b.pdf>

CNEV. (2021). *Amour, sexualité et démence en milieu d'hébergement : Réflexions pour guider les pratiques*. Comité national d'éthique sur le vieillissement, ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4272223>

DREES. (2020). *Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé*. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation des Statistiques. Études & Résultats, n°1141. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1141.pdf>

Etienne, J.-C., & Corne, C. (2012). *Les enjeux de la prévention en matière de santé*. Les éditions des journaux officiels. https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2012/2012_03_prevention_sante.pdf

- Guyot, M. (2022). *Sexualité des personnes âgées : « Il n'y a pas de date de péremption »*. Allo Doc+eurs. <https://www.allodocteurs.fr/sexualite-des-personnes-agees-il-ny-a-pas-de-date-de-peremption-32918.html>
- L'écuyer, K., Auger, L.-P., & Brousseau, M. (2020). Soutenir l'habilitation à l'occupation de la sexualité par un groupe d'intérêt virtuel. *Revue Francophone De Recherche En Ergothérapie*, 6(2), 11–31. <https://doi.org/10.13096/rfre.v6n2.133>
- Laflûte, A.-M., Gasc, V., & Montfort, S. (2014). Sexualité et vieillissement : Retraite ou nouveau départ ? *Santé sexuelle*, 1.
- Légifrance. (2021). *CIRCULAIRE N° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences*. <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45220>
- Légifrance. (s.d.). *Article 9. Code civil*. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006419288
- Légifrance. (s.d.). *Article L311-3. Code de l'action sociale et des familles*. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721294
- Légifrance. (2015). *Article 27—LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement*. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031701341
- Légifrance. (s.d.). *Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789*. <https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/menu/droit-national-en-vigueur/constitution/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-de-1789>
- Les Petits Frères du Pauvre. (2022). *Vie affective, intime et sexuelle des personnes âgées*. Rapport Petits Frères Des Pauvres, #7.
- Michel, H. (2020). *Ergothérapie et sexualité : Rencontre avec le modèle EX-PLISSIT*. Mémoire d'initiation à la recherche. IFE « La Musse ». <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/MICHEL-ERGOTHERAPIE.SEXUALITE.MODELE-EX-PLISSIT.METHODOLOGIE-DAPPROCHE-b9be86ff.pdf>
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. (2017). *Stratégie nationale de santé sexuelle*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
- Ministère du travail, de la Santé et de la solidarité. (2023). *Santé sexuelle*. Ministère de la Santé et de la Prévention. Consulté 6 février 2024, à l'adresse

<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>

MORIN, B. (2018). *Quel holisme pour quelle(s) ergothérapie(s) ?* Mémoire d'initiation à la recherche. IFPEK de Rennes.

https://ifpek.centredoc.org/doc_num.php?explnum_id=1761

Musculoskeletal Key. (2016). *Person-environment-occupation models*. Musculoskeletal Key. <https://musculoskeletalkey.com/person-environment-occupation-models/>

Muslemani S, Berniquez É, Cloutier J, Lamoureux G, Lefebvre L, Mailhot-Tanguay C, Gagnon-Roy M, Plourde A, Gagnon C. (2019). Guide de pratique en ergothérapie – Favoriser la sexualité et la vie amoureuse des adultes présentant une maladie neuromusculaire. Université de Sherbrooke - Groupe de recherche interdisciplinaire sur les maladies neuromusculaires. Québec : Saguenay.

https://santesaglac.gouv.qc.ca/medias/2019/02/ERGO_MNM_Sexualite_Final_fr.pdf

Obal, I. (2015). *Rôle de l'ergothérapeute dans la reprise de l'autonomie fonctionnelle du sujet âgé fragile hospitalisé en court séjour*. Mémoire d'initiation à la recherche. IUFE d'Auvergne. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01219494/document>

OT Theory. (2009). *Model of Co-Occupation*. Consulté 26 février 2024, à l'adresse <https://ottheory.com/therapy-model/model-co-occupation>

OT Theory. (2015). *Person-Environment-Occupation-Performance model (PEOP)*. Consulté 6 février 2024, à l'adresse <https://ottheory.com/therapy-model/person-environment-occupation-performance-model-peop>

PNIPAP. (2023). *L'ergothérapeute*. Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/lergotherapeute>

Ravon, G. (2021). *Droits et libertés des personnes âgées en EHPAD : les professionnels confrontés au tabou de la sexualité des résidents*. Mémoire Master, ISPED, Université de Bordeaux. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03693175v1/document>

Ruiz, G. (2022). *La pyramide tronquée des besoins*. Revue Hémisphères.

<https://revuehemispheres.ch/la-pyramide-tronquee-des-besoins/>

Santé Publique France. (2022). *Ehpad : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>

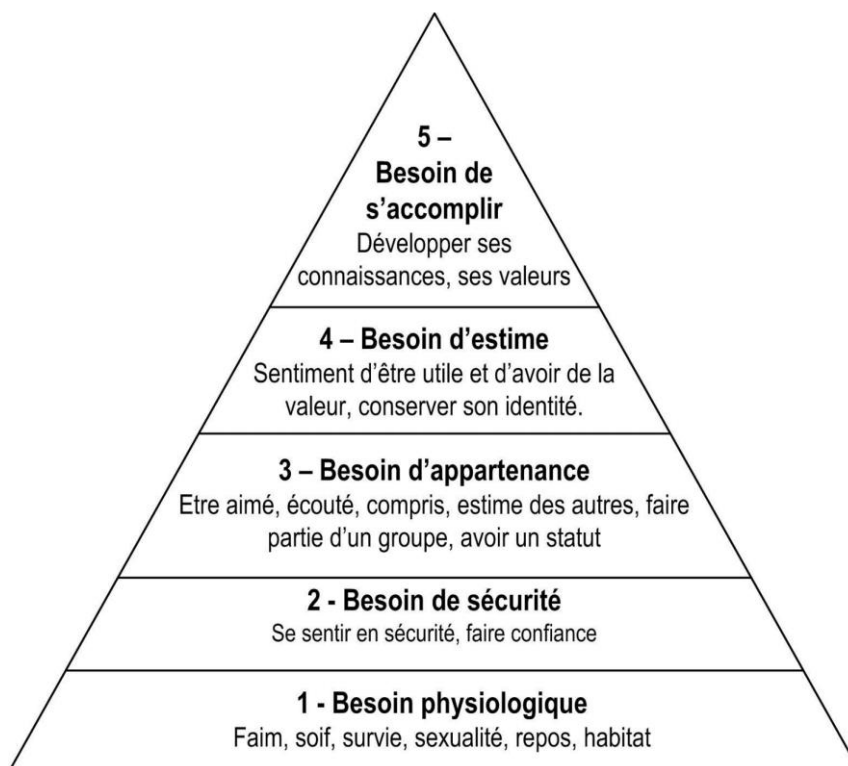
WFOT. (2022). *Occupational R-Evolution*, Dossier de partenariat, 18th WFOT Congress 2022, Paris. https://www.react-profile.org/upload/KIT/system/uploads/WFOTpartenariat_FR_aout22.pdf

World Health Organization. (s. d.). *Defining sexual health*. Consulté 2 avril 2024, à l'adresse <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>

ANNEXES

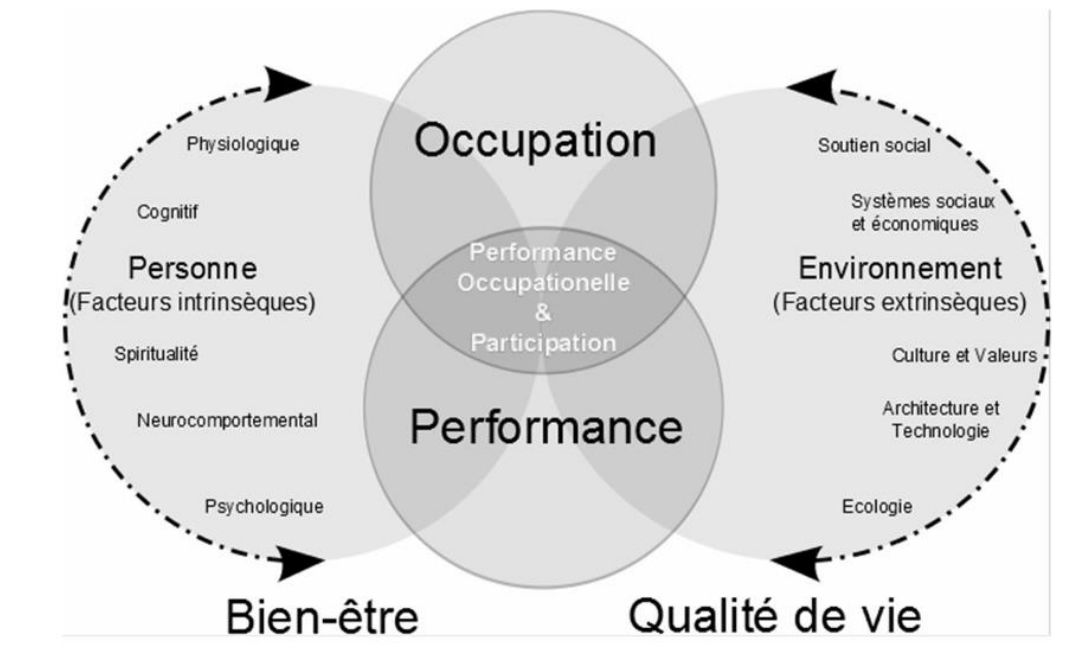
ANNEXE I : LA PYRAMIDE DES BESOINS DE MASLOW, 1940	1
ANNEXE II : SCHEMA EN FRANÇAIS DU MODELE PEOP (PERSON-ENVIRONMENT-OCCUPATION-PERFORMANCE)	2
ANNEXE III : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'ENTRETIEN EXPLORATOIRE	3
ANNEXE IV : GUIDE D'ENTRETIEN EXPLORATOIRE	4
ANNEXE V : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN EXPLORATOIRE AVEC L'ERGOTHERAPEUTE EX.....	6
ANNEXE VI : QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE.....	12
ANNEXE VII : PROFIL DES ERGOTHERAPEUTES INTERROGES.....	16
ANNEXE VIII : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	17
ANNEXE IX : GUIDE D'ENTRETIEN.....	19
ANNEXE X : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC L'ERGOTHERAPEUTE 4.....	21
ANNEXE XI : TABLEAU D'ANALYSE DES RESULTATS	44

ANNEXE I : LA PYRAMIDE DES BESOINS DE MASLOW, 1940



La hiérarchie des besoins selon la pyramide de Maslow

ANNEXE II : SCHEMA EN FRANÇAIS DU MODELE PEOP (PERSON-ENVIRONNEMENT-OCCUPATION-PERFORMANCE)



ANNEXE III : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'ENTRETIEN EXPLORATOIRE

Bonjour,

Je suis BOUCKAERT Élise, étudiante en dernière année d'ergothérapie à l'IFE La Musse.

Mon mémoire de fin d'étude porte sur l'accompagnement de l'ergothérapeute dans la lutte contre la privation occupationnelle des résidents en EHPAD sur le plan de leur sexualité.

De ce fait, je souhaite réaliser des entretiens afin de recueillir vos avis et suggestions concernant cette thématique, et plus particulièrement afin de déterminer quels éléments extérieurs facteurs de privation occupationnelle sont rencontrés en EHPAD par les ergothérapeutes. Ces entretiens sont dédiés aux personnes ergothérapeutes DE exerçant ou ayant exercées en EHPAD.

L'ensemble des réponses que vous nous communiquerez durant cet entretien seront anonymisées et utilisées uniquement dans le cadre de cette étude. Aucun jugement ne sera porté. Si vous en ressentez le besoin, vous pouvez interrompre l'entretien à tout moment.

L'entretien comporte une dizaine de questions et dure approximativement une trentaine de minutes.

Je soussigné....., donne mon autorisation pour :

- Être enregistré(e) au cours de l'entretien.
- Que les données énoncées lors de l'entretien soient utilisées et analysées dans le cadre de l'étude.

Signature de l'étudiant intervieweur

Date et signature de l'interviewé



ANNEXE IV : GUIDE D'ENTRETIEN EXPLORATOIRE

Bonjour, dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude portant sur l'accompagnement de l'ergothérapeute dans la lutte contre la privation occupationnelle des résidents en EHPAD, sur le plan de leur sexualité, je sollicite votre expérience sur le terrain afin de pouvoir orienter mes recherches.

La **privation occupationnelle** est causée par un agent extérieur à l'individu et dont il n'a pas de contrôle dessus. Je souhaite donc recueillir votre avis à travers cet entretien concernant le ou les perturbateurs extérieurs impactant directement la sexualité des résidents en EHPAD, et freinant ainsi l'accompagnement ergothérapeutique favorisant la santé sexuelle de ces derniers.

Le terme **sexualité** est ici vu au sens large (cf. OMS). Il prend en compte l'activité sexuelle (pénétration, masturbation) mais aussi les croyances, les attitudes, les comportements, les valeurs, les sentiments (ex: se tenir la main, dormir ensemble). Cet entretien dure en moyenne 30 min, et les réponses que vous m'apporterez seront entièrement anonymes et confidentielles. Vous trouverez sur la page 2 le formulaire de consentement à signer.

S'agissant de la question 9, le modèle PEOP est un modèle utilisé par les ergothérapeutes dans une approche holistique de la personne. Il prend en compte la personne, son environnement et ses occupations. Le modèle est fondé sur la performance occupationnelle de l'individu dans ses activités, comprenant des obstacles et des éléments favorisant cette dernière.

- 1) Selon vous, en quoi consiste le concept de santé sexuelle ?
- 2) Comment envisagez-vous la sexualité des personnes âgées ?
- 3) Avez-vous déjà été confronté à une ou plusieurs formes de privation occupationnelle en EHPAD ?
- 4) Pourriez-vous me donner des causes de privation occupationnelle en EHPAD ?
- 5) Sous quelle forme avez-vous été sollicité vis-à-vis de la sexualité d'un ou plusieurs résidents (si vous l'avez déjà été) ?
- 6) Quels obstacles sont présents selon vous à l'épanouissement sexuel des résidents en EHPAD pouvant être facteur de privation occupationnel ?
- 7) Avez-vous déjà rencontré comme obstacle la réglementation d'établissement, au tabou que représente la sexualité, au manque d'informations concernant l'accompagnement ergothérapeutique de la sexualité, à l'environnement architectural et/ou familial du résident ? Autre ?

- 8) Quelles ont été les solutions ergothérapeutiques apportées au résident afin de lutter contre la privation occupationnelle ?
- 9) Pensez-vous que l'utilisation d'un modèle conceptuel, ici le PEOP, pourrait être un outil dans l'accompagnement de la santé sexuelle des résidents ? Si oui, en quoi ?

Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé afin de répondre aux questions de cet entretien. Avez-vous des suggestions à apporter ? Vos réponses me seront d'une grande utilité afin de trouver ma question de recherche pour mon mémoire de fin d'études.

ANNEXE V : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN EXPLORATOIRE AVEC L'ERGOTHERAPEUTE EX

Après avoir pris connaissance du sujet de mémoire et avoir signé un formulaire de consentement, l'ergothérapeute EX a accepté de répondre aux questions suivantes lors d'un entretien exploratoire, permettant ainsi d'apporter des clés afin de poser la question et les hypothèses de recherche.

Etudiante : Selon vous, en quoi consiste le concept de santé sexuelle ?

EX : J'ai jamais entendu parler de ce concept. Après, euh, qu'est-ce que je pourrais en dire ? Selon moi, ça pourrait peut être le fait d'avoir des relations sexuelles peut être en toute sécurité en ayant connaissance de cause, je ne sais pas, de tout ce qui est en lien avec les MST, mais aussi le consentement, fin voilà tout ce qui est en lien avec ces notions là. Mais c'est un concept que je ne connais pas du tout, et dont je n'ai jamais entendu parler.

Etudiante : Donc du coup vous n'en avez pas entendu parler lors de votre formation de tout ce qui était de l'ordre de la santé sexuelle, sexualité ?

EX : Non je n'ai jamais eu de cours sur la sexualité des personnes en situation de handicap, personnes âgées ou autre dans mes études d'ergo.

Etudiante : Comment est-ce que vous envisagez la sexualité des personnes âgées ?

EX : Bah j'pense qu'elles ont quand même le droit d'avoir une vie sexuelle, fin, parce que ça fait partie des occupations de la vie courante. Euh après c'est vrai que bah souvent, on vieillit, on a des diminutions des capacités cognitives ou même au niveau moteur, donc peut-être qu'il faut adapter la sexualité des personnes âgées. Ça passerait par autre chose que l'acte à proprement dit, mais j'pense qu'elles ont tout à fait le droit d'avoir une vie sexuelle si elles le veulent.

Etudiante : Et euh vous du coup vous avez déjà justement eu à faire à des situations où vous avez dû adapter la sexualité des personnes âgées en EHPAD ou pas ?

EX : Euh....Actuellement non je n'ai jamais eu de demandes sur ça. Après, même on a des couples mariés, enfin on en a 1 je crois, un couple de personnes qui sont mariées et qui sont tous les deux sur l'établissement. Et après, on a des personnes qui sont aussi mariées mais où leur femme ou leur mari sont en dehors de l'EHPAD, mais je ne pense pas qu'ils aient d'activité sexuelle entre eux. C'est une problématique que je

n'ai jamais entendu parler, par exemple en transmissions ou autre, ou même par les familles d'elles-mêmes. J'ai l'impression que c'est un peu tabou comme sujet...

Etudiante : Que ce soient les personnes ou la famille, personne n'en a jamais parlé quoi.

EX : Non, jamais de demandes sur ce sujet-là.

Etudiante : OK, du coup est-ce que vous avez déjà été confrontée à une ou plusieurs formes de privation occupationnelle en EHPAD ?

EX : De tout type d'occupations ?

Etudiante : Plutôt sur la sexualité en tout cas.

EX : Ok. Bah je pense que rien que l'entrée en EHPAD, je pense que ça vient entre guillemets freiner cette activité. Peut que s'ils étaient restés à domicile, ces personnes n'auraient pas eu cette, ce.... Fin...., l'arrêt dans leur sexualité. Et peut être le fait que justement rentrer en EHPAD avec tout ce qui est un peu règles, je sais pas, de cohabitation ou au niveau représentation, peut-être qu'ils se freinent d'eux même. Après c'est oui, je trouve que c'est quand même un sujet qui est tabou au niveau des soignantes, même des proches, c'est quelque chose qui est assez... C'est pas leur priorité quoi quand ils viennent en EHPAD, ils ne nous parlent pas de ça. C'est.... Leur priorité c'est autre chose. Mais peut être que pour les personnes âgées ça serait leur priorité mais ils n'osent pas le dire, ou ils ne peuvent plus l'exprimer non plus. Mais oui je pense que rien que l'entrée en EHPAD ça vient quand même casser des habitudes, et peut être que bah restreindre la vie sexuelle. Par exemple pour les personnes, enfin les couples, qui viennent à se séparer parce que l'un ou l'autre doit rentrer en établissement. Bah forcément, ça met une distance, ce n'est pas leur chambre, fin ça casse toutes leurs habitudes quoi.

Etudiante : Et après vous savez pas s'il y a une réglementation particulière à l'EHPAD par rapport à la sexualité des résidents ?

EX : Hum non je ne pense pas qu'il y ait de protocole ou autre. Après je pense que ça devrait se jouer au niveau euh, au cas par cas quoi si jamais il devait y avoir. Mais je ne pense pas que, enfin ça m'étonnerait que ça soit interdit tu vois. J'ai jamais entendu que c'était interdit. Après ça le fait pas, je pense, par rapport aux habitudes des personnes âgées qui sont peut être moins là dedans qu'une nouvelle génération où là

c'est vraiment rentré dans les habitudes de vie. Mais je ne pense pas qu'il y ait une interdiction.

Etudiante : Est-ce que il y a des chambres doubles qui sont mises à disposition des couples, où s'il y a des dispositions qui sont prises lorsque le conjoint(e) vient voir un résident ?

EX : L'établissement dispose de chambre double, après elles ne sont pas spécifiquement données au couple. C'est un peu dommage ça d'ailleurs. Mais sinon il n'y a pas de dispositions particulières, il n'y a pas de salle dédiée.

Etudiante : Avez-vous déjà été sollicitée par les équipes soignantes vis-à-vis de la sexualité des résidents ?

EX : Non, et même dans tout ce que je lis dans les transmissions écrites et orales, c'est un sujet qui ne revient presque jamais. Alors je ne sais pas, si c'est parce qu'il n'y a pas de problématiques ou si c'est parce que c'est quelque chose dont on n'ose pas parler. Ça ne revient jamais comme sujet, alors que je pense que certains doivent être tristes de ne plus avoir de vie sexuelle. Eux n'en parlent sans doute pas spontanément.

Etudiante : Pour vous alors, quels sont les obstacles principalement présents à l'épanouissement sexuel des résidents en EHPAD, pouvant ainsi être facteur de privation occupationnelle ?

EX : Au niveau de leurs capacités, s'ils ont une perte musculaire/ articulaire/ cognitive, cela peut être un gros obstacle. Je pense aussi qu'il y a tout ce qui est architecture et mœurs dans l'établissement, étant donné que la sexualité est un peu taboue et que ça peut freiner peut être des choses. Ce n'est peut-être pas un sujet qui est exprimé aussi librement en famille. C'est tabou quoi, on en parle pas parce que soit on sait pas faire, on sait pas accompagner ou c'est pas la priorité selon les proche sou les établissements.

Etudiante : Avec ce que vous me dites là, quel obstacle avez-vous le plus rencontré vous dans votre pratique, si vous vous sentez compétence vis-à-vis des problématiques de sexualité ?

EX : Je pense que le fait que ça soit tabou ça ressort beaucoup. Je pense aussi qu'on manque cruellement d'informations. Si j'avais une problématique de ce domaine, je serais peut être mal à l'aise parce que c'est quelque chose qui sort un peu de

l'ordinaire on va dire, et qu'actuellement je n'ai pas non plus les compétences et les connaissances pour accompagner les personnes au mieux. Alors que cette problématique peut totalement faire partie de la vie de chaque personne, c'est un droit la sexualité. On devrait je pense pouvoir les accompagner, mais on manque cruellement d'informations et de formations à ce sujet là. Peut-être que si on avait les compétences, ça ferait peut-être plus bouger les choses puisqu'on ferait sans doute plus attention à ce sujet là en le mettant au même niveau que les autres activités de la vie quotidienne. On n'est pas formés quoi.

Etudiante : Que pensez-vous de l'utilisation d'un modèle conceptuel, ici le PEOP, comme outil dans l'accompagnement de la sexualité des résidents en EHPAD ?..... Il aurait un peu le rôle de guide.

EX : Bah....En effet je pense que cela peut être un outil intéressant parce que justement on va aller voir s'il y a des problématiques dans chaque grand domaine, par exemple si la problématique vient de la personne, de l'environnement ou de l'occupation en elle-même qui ne concorde plus avec les capacités. On va croiser tout ça et je pense que c'est un outil qui va nous amener à trouver des adaptations, des solutions, pour essayer de faire évoluer afin que la performance occupationnelle soit meilleure. Ça va nous permettre de balayer tout autour de l'occupation et pas seulement la personne ni l'environnement. On va concorder tous les facteurs pour voir ce qui bloque l'occupation et améliorer l'implication du résident et ça performance. Donc je pense qu'en effet c'est un outil qui pourrait vraiment aider à analyser une situation.

Etudiante : Si vous disposez du modèle PEOP, pensez-vous que vous pourriez aborder la sexualité avec des résidents ?

EX : Je pense que je le ferai peut-être pas seule, mais en binôme avec la psychologue par exemple. Il faut que le résident veuille aborder le sujet et que la sexualité soit une problématique pour lui. On pourrait en effet utiliser cet outil-là pour justement l'aider. On aurait une vision globale de la situation, mais je pense que je serai limitée de ce que je pourrai proposer par le manque de connaissances. Je pourrai bien évidemment faire des recherches, mais je n'aurai pas de solutions innées comme ça peut être le cas pour l'habillement ou la douche.

Etudiante : Que pensez-vous de l'utilisation d'une aide pour amorcer le sujet de la sexualité dans ta pratique ?

EX : Bah.... Je le ferai avec la psychologue, dans le sens où elle ferait un premier recueil de données et dans un second temps on ferait appel à moi, je serai plus à l'aise d'y aller plutôt que moi d'y aller directement. Après, je pense que c'est plus au niveau personnel et du ressenti de l'occupation là. Oui voilà, je pense que si la psychologue va déjà voir le résident en premier abord sur sa sexualité, voir si tout va bien à ce niveau là, s'il n'y a pas d'état dépressif ou même si le consentement est respecté au vu des troubles cognitifs, ça sera plus simple que moi d'y aller frontalement.

Etudiante : Et du coup, pour vous, l'approche en collaboration avec un autre professionnel serait donc à privilégier ?

EX : Oui c'est ça, le faire en pluridisciplinarité. Même si on met en place des actions, ça demande l'implication de tout le personnel, des aides soignantes, des ASH etc. Que tout le monde sache que tel dispositif a été mis en place pour tel résident car c'est son droit et non que ça soit vu comme quelque chose de malsain. Le résident a le droit, et on doit leur laisser ce droit sexuel au sein de la résidence.

Etudiante : Ok ok ok... pensez-vous que certains résidents peuvent être en situation de privation occupationnelle sur le plan de leur sexualité ?

EX : Oui totalement, déjà rien que les couples dans l'établissement ou ceux qui sont séparés à l'entrée dans des membres du couple en EHPAD je pense qu'ils sont automatiquement privés. Je pense en particulier à un couple à la résidence dont le niveau d'autonomie n'est pas la même mais également à un autre, dont je pense la vie sexuelle n'est plus existante.

Etudiante : Hum ok je vois. Ici on prend vraiment la sexualité dans son ensemble, au sens large avec en effet la vie sexuelle mais également la vie affective et intime de la personne. Par exemple, peuvent-ils dormir ensemble, faire des sorties, se tenir la main ?

EX : C'est possible de faire des sorties et avoir des gestes affectifs bien sûr ! Par contre dormir ensemble non parce qu'ils ne sont pas dans des chambres doubles ou communicante. Et je ne pense pas que ça soit un choix de la famille ou des résidents, mais plutôt que ces 2 chambres étaient libres et voilà. Il n'y a pas eu de dispositions pour rapprocher les deux personnes du couple. Je pense que ça pourrait être à envisager de mettre les couples dans des chambres doubles qui sont censées être faite pour ça de base.

Etudiante : Ouais donc du coup euh... ça renvoie donc aux causes organisationnelles et architecturales dont vous me parliez tout à l'heure.

EX : L'organisation n'a pas été réfléchi, ni le fait que c'était un couple de personnes et qu'ils avaient sans doute besoin de partager des moments à deux. Il existe des cloisons pour les chambres communicantes mais il n'y a pas de lit double dans les chambres, uniquement des lits individuels. Le fait qu'il n'y ait pas de lits doubles peut représenter un frein justement s'ils veulent dormir ensemble.

Etudiante : C'est possible de fermer la chambre à clé ?

EX : Oui en fonction de l'avis médical. Certains ont leur clé. Les sorties aussi sont autorisées s'ils en ont les capacités et s'ils veulent. Ils peuvent aller au restaurant par exemple.

Etudiante : Les permissions sont possibles du coup pour retourner au domicile ?

EX : Oui c'est possible.

Etudiante : Je n'ai pas d'autres questions, merci à vous pour toute votre collaboration au cours de l'entretien !

ANNEXE VI : QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE

Thème : "Privation occupationnelle en EHPAD, l'accompagnement en ergothérapie sur le plan de la sexualité des personnes âgées en Institution"

Actuellement étudiante en 3ème année d'ergothérapie, je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche sur l'accompagnement de l'ergothérapeute des résidents en EHPAD se trouvant en situation de privation occupationnelle sur le plan de leur sexualité.

Je sollicite les ergothérapeutes diplômés exerçant ou ayant exercés en EHPAD en France à répondre à ces quelques questions afin de m'aider à valider ou invalider mes hypothèses de recherches.

Le questionnaire ne prend pas plus de 5/6min, et vos réponses sont anonymes. Quelques courtes définitions sont exposées afin que vous puissiez répondre confortablement aux questions.

Je tiens à vous remercier précieusement pour le temps accordé à ce questionnaire.

N'hésitez pas à me laisser vos coordonnées (dans le dernier item) si vous êtes intéressés par un entretien sur cette même thématique.

Merci par avance de votre contribution à ce mémoire !

1. Comment définissez-vous la sexualité ?
2. Selon vous, se restreint elle uniquement à l'acte sexuel (pénétration, masturbation, le fait de s'embrasser) ?
 - Oui
 - Non
3. Constitue-t-elle une occupation pour vous ?
 - Oui
 - Non
4. Avez-vous déjà été confronté à des problématiques occupationnelles d'ordre sexuel de résidents en EHPAD ?
 - Oui
 - Non
5. Touchaient-elles les couples au sein de l'établissement et/ou les résidents seuls ?
 - Les couples
 - Les résidents seuls
 - Les deux

6. Était-ce les résidents qui abordaient le sujet ou vous ?

- Le résident
- Moi

7. Avez-vous connaissance du concept de santé sexuelle posé par l'OMS en 2002 ?

Selon l'OMS, la santé sexuelle est un « état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité ».

- Oui
- Non

8. La privation occupationnelle, définie par l'ergothérapeute Gail Whiteford, est un « état dans lequel une personne ou un groupe de personnes est incapable de s'engager dans les occupations nécessaires et significatives à leur vie en raison de restrictions externes qui échappent à leur contrôle. Il s'agit donc d'un état dans lequel la possibilité d'effectuer ses occupations qui ont une pertinence sociale, culturelle et personnelle est rendue très difficile, voire impossible ».

Pensez-vous que l'entrée et/ou le maintien en EHPAD puisse contribuer à un facteur de privation occupationnelle pour le résident ?

- Oui
- Non

9. Et sur le plan de la sexualité ?

- Oui
- Non

10. Selon vous, quel(s) facteur(s) cité(s) ci-dessous peut engendrer une situation de privation occupationnelle vis-à-vis de la sexualité des résidents ?

- Les représentations sociales de la sexualité pour les soignants et la direction
- Les représentations sociales de la sexualité pour les résidents
- Le manque d'intimité
- La sensation d'illégitimité pour l'ergothérapeute d'aborder ce sujet avec les résidents
- Les conditions environnementales (couple dans des chambres séparées, pas de présence de lit double)

11. Utilisez-vous un modèle de pratique ?

- Oui

- Non

12. Si oui, lequel ?

13. Connaissez-vous le modèle PEOP ?

Le modèle PEOP, Person-Environment-Occupation-Performance, est un modèle conceptuel rattaché à la performance occupationnelle de l'individu. Les composantes occupation-personne-environnement, en interactions constantes, sont investiguées par l'ergothérapeute afin d'observer si elles représentent un obstacle ou au contraire facilitent la performance occupationnelle de l'individu, et par conséquent son bien-être. Ce modèle adopte donc une vision holistique de l'individu.

- Oui
- Non

14. L'avez-vous déjà utilisé dans votre pratique ?

- Oui
- Non

15. Pensez-vous que le modèle PEOP est un outil pertinent pour identifier les facteurs de privation occupationnelle sur le plan de la sexualité des résidents ?

- Oui
- Non

16. Vous sentez-vous à l'aise pour aborder la thématique de la sexualité avec les résidents ?

- Oui
- Non

17. Est-ce un sujet qui revient souvent en équipe ?

- Oui
- Non

18. Connaissez-vous le modèle EX-PLISSIT ?

Le modèle EX-PLISSIT est destiné à être utilisé par tous professionnels de santé afin d'aborder le sujet de la sexualité de leurs patients si ces derniers rencontrent des difficultés dans ce domaine. Il se compose de 4 étapes, et présente une boucle de rétroaction à la fin de chacune d'elle afin de réévaluer le confort du patient et du thérapeute à aborder la thématique de la sexualité.

- Oui
- Non

19. L'utilisation complémentaire des 2 modèles vous semble-t-elle pertinente afin de prévenir la privation occupationnelle des résidents sur le plan de leur sexualité ?

- Oui
- Non

20. En plus des réponses à ce questionnaire, je souhaite mener des entretiens auprès d'ergothérapeutes diplômés exerçant ou ayant exercé en EHPAD.

Si vous êtes intéressé sur la thématique abordée dans ces questions, et êtes d'accord pour être interrogé lors d'un entretien, merci de me laisser votre nom et vos coordonnées.

En vous remerciant de votre temps.

Bonne continuation à vous !

ANNEXE VII : PROFIL DES ERGOTHERAPEUTES INTERROGES

Ergothérapeute 1 (E1)	Homme	37ans	Diplômé en 2009	Exerce en EHPAD depuis 2011
Ergothérapeute 2 (E2)	Femme	41ans	Diplômée en 2007	A exercé en EHPAD de 2007 à 2016 (avec 2 interruptions pour congés) avec : -unité psychiatrique -unité fermée -accueil de jour Expérience dans au moins 2 EHPAD différents
Ergothérapeute 3 (E3)	Homme	23ans	Diplômé en 2023	Exerce depuis 9 mois en EHPAD Présence d'une unité fermée
Ergothérapeute 4 (E4)	Femme	24ans	Diplômée en 2022	Exerce depuis 1an en EHPAD Présence d'une unité fermée

ANNEXE VIII : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Bonjour,

Je suis BOUCKAERT Elise, étudiante en dernière année d'ergothérapie à l'IFE La Musse. En lisant et signant ce formulaire, vous vous apprêtez à participer à un projet d'initiation à la recherche, supervisé par Madame BESNIER Flora, ergothérapeute diplômée d'Etat.

Vous trouverez dans le document les informations éthiques et utiles concernant votre participation. Avant de signer ce formulaire, je vous invite à le lire attentivement et à en conserver un exemplaire si vous le souhaitez.

Titre : Privation occupationnelle, l'accompagnement de l'ergothérapeute auprès des personnes âgées en Institution sur le plan de leur sexualité.

L'ensemble des réponses que vous nous communiquerez durant cet entretien seront anonymisées et utilisées dans le cadre de cette étude. Aucun jugement ne sera porté. Si vous en ressentez le besoin, vous pouvez interrompre l'entretien à tout moment.

Votre participation : Elle consiste à répondre à 7 questions au cours d'un entretien semi-directif d'environ 30 minutes pouvant tendre jusqu'à 45 minutes. Notre entrevue peut se dérouler en présentiel, en visioconférence ou par appel téléphonique selon votre convenance.

Avec votre accord, cet entretien sera enregistré et les données recueillies seront uniquement utilisées dans le cadre de ce travail de recherche. Une fois l'étude terminée, les observations et l'enregistrement seront détruits.

Cet entretien se déroule sur la base du volontariat. De ce fait, vous pouvez vous retirer de cette étude à tout moment.

Confidentialité : Votre anonymat est garanti à l'issue de cette étude et de cet entretien, et seules les informations nécessaires à la recherche seront exploitées. La confidentialité des renseignements autres est assurée.

La copie du résultat final peut vous être envoyée si vous le souhaitez.

Je soussigné, Elise BOUCKAERT, étudiante initiée à la recherche, avoir expliqué au participant le formulaire. Je m'engage à avoir décrit que le participant peut stopper sa

participation à l'étude et à l'entretien et que les informations collectées sont confidentielles.

Fait à Evreux, le 12/03/2024.

Signature



Obtention du consentement :

Je soussigné(e), déclare participer librement à l'entretien de Madame BOUCKAERT Elise, étudiante en troisième année d'ergothérapie de l'Institut de Formation en Ergothérapie de La Musse à Saint-Sébastien-de-Morsent (27180).

Je déclare :

- Être consentant(e) et avoir pris connaissance des termes de l'entretien
- Être conscient que je peux interrompre à tout moment l'entretien sans avoir à me justifier
- Être conscient que mon anonymat est respecté
- Être conscient que mes informations sont confidentielles
- Donner mon autorisation à Madame BOUCKAERT Elise d'effectuer un enregistrement vocal de l'entretien.
- Donner mon autorisation à participer à l'entretien de Madame BOUCKAERT Elise dans le cadre de la réalisation d'un mémoire d'initiation à la recherche.

Fait à, le.....

Signature du participant(e) précédée de la mention « Lu et approuvé » :

ANNEXE IX : GUIDE D'ENTRETIEN

Questions pour vérifier si le participant répond aux critères d'inclusion :

- Etes-vous ergothérapeutes ?
- Exercez-vous en France ? En EHPAD ou anciennement en EHPAD ?
- Vous êtes-vous déjà interrogé sur l'accompagnement de la sexualité d'un des résidents de l'établissement ?
- Considérez-vous la sexualité comme une occupation ?

Questions portant sur l'identité du participant :

- En quelle année avez-vous été diplômé ?
- Depuis combien de temps exercez-vous en EHPAD ? Ou combien de temps avez-vous exercé en EHPAD ?
- Travaillez-vous au sein d'unité spécifique ?
- Quel âge avez-vous ?

Les questions en gras correspondent aux questions principales et celles en italique correspondent aux questions de relance. La définition de privation occupationnelle et du modèle EX-PLISSIT est donné aux personnes interrogées.

La sexualité en EHPAD

Question 1 : Pouvez-vous définir la sexualité en 3 à 5 mots ?

Question 2 : Quelles sont les problématiques sur le plan de la sexualité des résidents auxquelles vous êtes confronté dans votre pratique ?

La privation occupationnelle sur le plan de la sexualité des résidents

Question 3 : En quoi l'entrée et/ou le maintien en EHPAD peut constituer un facteur de privation occupationnelle sur le plan de la sexualité des résidents ?

Quelles solutions avez-vous déjà mis en place, ou essayer de mettre en œuvre, pour pallier cet état de privation occupationnelle sexuelle ?

La pratique de l'ergothérapeute

Question 4 : Utilisez-vous un modèle dans votre pratique ? Pourquoi ?

*Si vous n'utilisez pas de modèle, pourquoi est-ce le cas ?
Quelle approche de l'ergothérapie abordez-vous ?*

Question 5 : Comment identifiez-vous les facteurs de privation occupationnelle sur le plan de la sexualité des résidents ?

Aborder la sexualité avec les résidents

Question 6 : Comment vous positionnez vous pour aborder la sexualité d'un résident ?

Evoquez-vous ce sujet seule ou par l'intermédiaire et/ou la présence d'un collègue soignant ?

Observez-vous des freins pour aborder ce sujet ?

Question 7 : Connaissez-vous le modèle EX-PLISSIT ?

Est-ce un modèle abordable par les ergothérapeutes selon vous ?

ANNEXE X : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC L'ERGOTHERAPEUTE 4

Etudiante : Ok, c'est bon, ça enregistre. Vous êtes prête ?

Ergothérapeute 4 : Oui.

Etudiante : Alors, donc tout ce que vous allez dire, pour petit rappel, ce sera enregistré, ce sera anonyme, ce sera confidentiel et les données de l'enregistrement seront euh effacées après son utilisation. Donc ça va durer entre 30 et 45 minutes. Et il y a cette question avec des sous-questions. Pas de jugement. Vous répondez spontanément comme il faut. Et voilà.

Ergothérapeute 4 : Ça roule.

Etudiante : (rire) Alors, avant tout, j'ai besoin de quelques informations. Bon alors, vous êtes ergothérapeute...

Ergothérapeute 4 : Oui.

Etudiante : En quelle année est-ce que vous avez été diplômée ?

Ergothérapeute 4 : En 2022.

Etudiante : Euh, depuis combien de temps vous exercez en EHPAD ?

Ergothérapeute 4 : Eh ben ça va faire un an là, dans cet EHPAD-là. Euh, et dans mon job d'avant, j'avais un peu d'EPAD. Mais c'était pas du temps plein, donc euh...

Etudiante : Ouais, et puis c'était en Suisse.

Ergothérapeute 4 : C'était en Suisse, en plus. Donc vraiment, EHPAD, temps plein, Presque un an. Parce que j'ai été embauchée le 1^{er} mai. Oui, donc ça fait presque un an. Ça fait 11 mois. Ouais, carrément. Quand on dit un an...

Etudiante : Euh est-ce que vous travaillez au sein d'une unité spécifique ?

Ergothérapeute 4 : Genre Alzheimer ? Ouais. Oui. Il y a une unité qu'on appelle **l'USA**, unité spécialisée Alzheimer, et après, il y a les unités classiques EHPAD.

Etudiante : OK. Quel âge vous avez ?

Ergothérapeute 4 : 24.

Etudiante : OK et bah on va commencer. Est-ce que vous pouvez me définir la sexualité en trois à cinq mots ?

Ergothérapeute 4 : Je te donne juste des mots ?

Etudiante : Juste des mots et après, si vous voulez, vous pourrez élargir.

Ergothérapeute 4 : Euh.... Juste des mots, c'est dur hein. Genre en mode : **seul ou à plusieurs**. Hum..... **Actes ou relations intimes**. Euh.... Je vais me refaire la phrase que je t'avais fait en essayant de prendre que des bouts de mots.

Etudiante : Après, vous pouvez faire une définition comme ça, c'est pas gênant.

Ergothérapeute 4 : Bah en gros, oui, pour moi, c'est toutes **les relations intimes, affectives et actes sexuels qui est acte de pénétration ou non, qu'une personne va avoir soit seul, soit avec quelqu'un, soit avec plusieurs personnes selon ses souhaits**. Et euh... ça peut être avec son conjoint, comme ça peut être avec quelqu'un qui... Comme ça, au passage. Sans forcément qu'il y ait de lien... Tu peux avoir une sexualité et des relations donc avec quelqu'un sans forcément un lien affectif particulier. Ça peut être... Ça peut être pour eux.

Etudiante : Quelles sont les problématiques sur le plan de la sexualité des résidents auxquels vous avez déjà été confrontée, vous, à l'EHPAD ?

Ergothérapeute 4 : Euh.... La plupart des problématiques qu'on a, c'est dans **l'unité Alzheimer**. C'est donc deux résidents euh... L'unité Alzheimer, ils ont pas forcément Alzheimer, ils ont des **démences**, ils ont **des troubles cognitifs** euh où ils nécessitent une unité fermée, soit pour leur protection parce qu'ils peuvent euh s'enfuir, soit parce que leurs troubles sont trop importants et peuvent gêner les autres résidents s'ils étaient dans une unité classique. Genre, on rentre dans les chambres, on va dans les lits des autres, on défonce tout parce qu'on pense que c'est nos affaires et tout. Donc, tous ceux-là vont en unité spécialisée Alzheimer, unité fermée, mais ils n'ont pas forcément le diagnostic d'Alzheimer. Mais ils ont des démences associées. **Et la plupart, c'est deux résidents de cette unité-là qui décident euh d'avoir des relations, qui se créent un lien un peu affectif, amoureux, soit parce qu'ils reconnaissent dans l'autre, ils pensent que c'est leur conjoint.**

Etudiante : Ok.

Ergothérapeute 4 : Là, dernièrement voilà, on avait une dame et un monsieur. Le monsieur la prenait pour sa femme et elle, elle le prenait pour son mari.

Etudiante : Oui, d'accord.

Ergothérapeute 4 : Donc, le fait de ne plus être dans leur famille et de voir une dame qui peut-être ressemble un peu physiquement à leur conjoint respectif, ils font un lien (claque des mains) et avec la maladie, ils deviennent la représentation de leur conjoint.

Etudiante : Donc c'est comme si ils étaient mariés ensemble.

Ergothérapeute 4 : Bah.... C'est-à-dire qu'on en a certains qui ont des relations ensemble et ils savent qu'ils ne sont pas... Ils savent très bien que ce n'est pas leur conjoint. On avait un monsieur qui nous disait: Je sais euh que ce n'est pas ma femme, mais pourquoi on ne peut en avoir plusieurs ? Why not (rire).

Etudiante : Voilà.

Ergothérapeute 4 : Et à l'inverse, on en a deux personnes qui ne sont pas ensemble et qui ont des relations. Par contre, ils pensent qu'ils sont avec leur mari, eux, intérieurement. Mais le problème qu'on a souvent, c'est que les conjoints de ces personnes-là sont toujours vivants et viennent rendre visite. **Donc, le jour où tu as la femme du monsieur qui vient, il faut que les filles elles puissent se dire: On va peut-être éviter qu'au moment où elle arrive, la dame, lui, qui soit en train de bécoter l'autre. Sinon compliqué.** Donc c'est plutôt ça, **la gestion des relations sexuelles de deux personnes qui ne sont pas ensemble euh... avec les conjoints respectifs** qui peuvent venir faire des visites dans une unité où il y a des troubles cognitifs et donc il y a des troubles de la désinhibition importants.

Etudiante : Oui, en plus. C'était quoi les troubles de la désinhibition importants ?

Ergothérapeute 4 : Bah c'est-à-dire queeee... euh vu qu'ils **n'ont plus d'inhibition, qu'ils n'ont plus la capacité de se dire que ça, bah ça se fait pas en public, on a une résidente qui va, par exemple, faire une fellation à un de nos résidents dans le couloir.**

Etudiante : Oui.

Ergothérapeute 4 : Là, il pose la question de dire: Si les deux sont **consentants**, en soi, on les laisse avoir des relations sexuelles, par contre, il ne faut peut-être pas que ça ait lieu dans les espaces publics. Il **faut les orienter vers une chambre.**

Etudiante : Pour qu'ils soient en intimité quoi.

Ergothérapeute 4 : C'est mieux, voilà. Et pour eux et pour les autres résidents, ils ne sont pas concernés par ça. Et pour les soignants ! Parce que ça arrive aussi que ces deux personnes-là sortent nus dans les couloirs, du style on va aller faire nos affaires... on retourne dans la chambre, s'il vous plaît.

Etudiante : Et du coup, les soignants, ils sont comment par rapport à ça ?

Ergothérapeute 4 : Bah du coup on les a.... De base, ils étaient assez... Non. À l'origine, la première fois que ça arrivait, leur premier réflexe c'était forcément de vouloir les séparer. Non, non, non, non, non faut pas faire ça faut pas faire ça. Avec le psychologue on leur a expliqué que si les 2 étaient consentants, fallait les laisser avoir des relations. A partir du moment où on sait qu'il y a consentement des deux côtés ou qu'on voit qu'il y a consentement des deux côtés, fin on les laisse avoir des relations, ça reste des humains. Ils ont des envies, ils ont des besoins, on les laisse faire. Par contre, faut, surtout dans les Alzheimer, bien surveiller qu'à un moment donné, le consentement ne s'inverse pas. Parce que c'est aussi arrivé. Un monsieur et une dame, au début, les deux étaient consentants. Et le monsieur ayant un appétit sexuel (rire) plus important que la dame était un peu plus voilà... La dame ayant déjà des troubles cognitifs importants, il y a un jour, elle était plus consentante, elle voulait plus. Donc là, pendant plusieurs semaines, voire un mois, on les a laissés tranquilles. Et à partir du moment où on s'est rendu compte que la dame, bah elle voulait plus trop, où elle commence à nous dire qu'elle l'avait voulu, mais que ça l'a embêté ou qu'elle disait presque qu'elle avait peur du monsieur. Là, on inverse. Et là, on dit: Vous avez dit de les laisser tranquille. Maintenant, c'est fini. On les sépare. Si on voit qu'il vient vers elle, vous les séparez, vous le recentrez dans sa chambre à lui.

Etudiante : Les soignants étaient vraiment à l'écoute du résident ?

Ergothérapeute 4 : Oui oui oui. En vrai, il a fallu peut-être le dire un peu à tout le monde. Il a fallu un peu le dire à tout le monde. En plus, les équipes changent, les équipes de nuit. Pour leur dire... Euh on a utilisé le logiciel avec les transmissions, comme ça, quand elles mettaient : Monsieur Machin, retrouvez dans la chambre de madame Truc, on leur disait: S'ils sont consentants, vous les laissez juste, vous les recentrez dans des espaces privés pour pas que leurs affaires soient faites devant tout le monde.

Etudiante : Et l'équipe soignante a laissé faire ? Il y a pas eu...

Ergothérapeute 4 : Non, non, non. Au tout début, je me rappelle qu'il y avait eu un peu sur certaines des... Euh (souffle) C'est pas qu'elle voulait pas, mais c'était un peu en mode: Vraiment, on les laisse ? C'est pas grave ? Elles étaient un peu... On peut ? c'est pas grave ? Et après, une fois qu'on leur explique, personne n'a été euh....

Etudiante : Et pour aborder justement le sujet de la sexualité avec les autres soignantes, euh elles étaient gênées par rapport à ça ou non ?

Ergothérapeute 4 : Non, non, non. Honnêtement, bah surtout quand c'est les soignantes qui sont dans l'unité fermée, c'est monnaie courante quand même qu'on voit les résidents se promenaient dénudés ou qui ont des **désinhibitions physiques, verbales à tendance sexuelle**. Donc euh c'est **quelque chose qu'elles ont l'habitude de gérer**. Soit c'est le résident qui va vouloir dégrafer la chemise de la soignante parce que tu es mignonne, toi hein, je te ferai bien ta fête. Donc elles savent que c'est des problématiques qui peuvent arriver. Ok. Jusque-là, quand c'est vraiment arrivé du coup, on leur disait: Voilà, on les laisse faire, on les met dans des espaces privés. Si jamais il y a la femme, le mari de madame. Bah du coup, là, on essaye de les séparer. Peut-être qu'on peut proposer, pendant que monsieur, par exemple, il a une visite avec sa femme, que nous, on aille faire une activité avec la dame avec qui d'habitude il fait ses affaires. Comme ça, elle leur a pas envie d'aller....

Etudiante : Parce que la famille était pas courant que les résidents avaient...

Ergothérapeute 4 : La plupart du temps, on les met au courant. Euh... Alors ça dépend les **familles**, mais la plupart du temps, on met au courant qu'il y a quand même une affinité qui s'est créée et selon comment ils sont, on omet un peu des détails ou pas. Et souvent, on le fait plus aux enfants. Et ensuite, les enfants nous disent: Ma mère, on peut lui dire. Ou bah non, ma mère, si on lui raconte que son mari est en train de taper une ou d'autres. Il vaut mieux pas lui dire, ça va. Généralement, les enfants, ils sont quand même au courant et après, ils le sont aussi. La dernière fois, j'avais une réunion famille avec l'une des dames de son mari, il y a une relation actuellement avec une résidente, elle me disait : j'ai compris, il avait une amie ici. Elle le sait. Souvent, ils le savent et vu que c'est dans une unité avec des gros troubles, ils savent que c'est les troubles aussi qui parlent et qui agissent.

Etudiante : C'est au cas par cas, de toute façon.

Ergothérapeute 4 : C'est au cas par cas parce qu'il y a des gens... des familles qui vont être à l'écoute des troubles et du coup, ils vont dire: Oui, effectivement, mon papa ou mon mari, il a des troubles. Mais bon bah si au moins, il est heureux, tant mieux. Et puis, à l'inverse, il y a des gens qui ne vont pas accepter la maladie, qui vont dire: Ouh là là, mais c'est affreux. Non, non, non. Et puis euh, des fois, il y en a... Ils ont plusieurs amis quoi...dans l'unité. Ils vont un voir toutes les dames, que ce soit euh juste pour des petits bisous ou que ce soit euh pour aller plus loin. Dans ce cas-là, la femme, fin voilà... elle est au courant qu'il y a des amis, qu'il y a des affinités, mais on va peut-être pas lui dire tous les jours: Bon, allez, il est allé voir Madame Truc et puis après

Madame Truc. En gros, on lui donne les infos générales, mais après, on va pas euh prévenir à chaque fois que ça se passe. Ils le savent, mais on va pas euh...

Etudiante : Ok, je vois.

Ergothérapeute 4 : Parce qu'en même temps, on **préserve aussi euh la confidentialité et la vie privée du monsieur**. C'est des gens de confiance, c'est la famille, donc bien sûr, on va les mettre au courant quand il y a la femme, que le monsieur, il a potentiellement une amie et que euh voilà... il peut y avoir des bisous, ce genre de choses. Par contre, on va pas tous les jours les appeler, dire: Aujourd'hui, il l'a fait, aujourd'hui, il l'a fait quoi.

Etudiante : Vous tenez au courant la situation, mais vous rentrez pas dans les détails.

Ergothérapeute 4 : Non voilà. S'il nous demande: Est-ce que c'est encore le cas, on peut dire oui, on peut dire non.

Etudiante : OK. Et du coup en quoi l'entrée ou le maintien en EHPAD, ça peut constituer un facteur de privation occupationnelle sur le plan de la sexualité des résidents ? Privation occupationnelle, c'est bon ou pas ?

Ergothérapeute 4 : Oui, il y a plus. Il y a plus l'occupation quand tu es privée d'une occupation.

Etudiante : Il y a plus, mais c'est à cause d'un facteur extérieur. Ce n'est pas à cause d'un...

Ergothérapeute 4 : De la personne elle même.

Etudiante : Voilà, c'est ça.

Ergothérapeute 4 : C'est-à-dire un contexte qui fait que la personne est privée.

Etudiante : Voilà, c'est ça, facteur extérieur.

Ergothérapeute 4 : Il y a plein de choses. T'as plusieurs cas. Soit, t'as le cas d'un couple et t'en as un des deux qui rentre dans l'établissement. Dans ce cas-là, forcément, la **séparation physique entraîne la privation occupationnelle**. À partir du moment où déjà, **ils ne dorment plus ensemble et ne se voient plus la journée, euh il n'y a que des visites ponctuelles**. Mais bon, les **visites ponctuelles, généralement, quand c'est des personnes âgées, hum les femmes ou les maris ne viennent pas seules. C'est des personnes âgées, donc elles sont accompagnées par des enfants euh voilà**. Là, le contexte fait qu'il ne va pas y avoir de relations sexuelles, que ce soit

une unité classique ou une unité Alzheimer. Et encore plus, dans l'unité Alzheimer parce que quand il y a des troubles cognitifs, la personne ne reconnaît pas forcément son conjoint ou quand elle vient, elle n'est pas forcément... Fin... C'est plus des relations de Le couple, comme des personnes sans troubles. S'ils viennent voir... Là, nous, on a une dame, quand elle vient voir son mari, elle passe du temps avec lui. Mais en fait, je pense que la sexualité n'est même plus l'ordre euh... n'est plus dans la question du moment. Souvent, en plus, c'est seulement quand il y a les gros troubles. Dans ces cas-là, souvent, plus la famille, la femme ou le mari a été proche-aidant avant de le mettre en EPAD. Donc, il y avait déjà un... une intimité qu'ils avaient perdue. Mais après, pour l'unité classique, comme je te dis souvent, si la personne rend visite à son mari, c'est les enfants qui emmènent. Le fait déjà qu'ils soient séparés physiquement, il y a la privation occupationnelle. Et euh après, tu as le cas de figure où c'est un couple qui rentre ensemble à l'EHPAD. Et là encore (rire), tu as des sous-catégories. Soit, tu as le couple qui rentre ensemble à l'EHPAD, mais qui ne sont pas dans la même chambre. Parce que ça peut être une demande euh... Ça veut dire: On vient ensemble, mais on ne peut pas être dans la même chambre parce que... Parce que les caractères, tout ça font qu'on se supporte, mais pas trop (ire). Ou pas H24 quoi. Après, tu as les couples qui euh rentre dans la même chambre, mais conservent deux lits séparés. Parce qu'un état physique de l'un ne fait pas l'état physique de l'autre. Et parfois euh ils ont besoin de garder quand même deux lits distincts pour des questions de matelas arrière, des questions de positionnement, tout ça. Et parfois, ils préfèrent être un petit peu séparés. Parce que quand tu es collé, tu as quand même le (geste)...

Etudiante : La proximité de la personne, oui.

Ergothérapeute 4 : Pis, quand tu colles deux lits, il y a quand même les barrières métalliques qui sont au milieu. Fin euh y a pas les barrières, mais la structure métallique du lit. Donc, parfois, il y en a, ils trouvent pas ça agréable, donc ils préfèrent dire: Je dors avec ma femme, mais j'ai mon lit là. Et puis, il y a un petit écart entre les deux lits. Là, l'environnement physique fait qu'il peut être difficile d'avoir des relations à type vraiment euh... Je pense que c'est une pénétration, tout ça. Deux personnages dans un lit de 90, ils peuvent le faire, mais ça peut être dangereux quand même.

Etudiante : Parce qu'ils peuvent tomber ?

Ergothérapeute 4 : Oh beh euh oui, c'est des petits lits, c'est des lits une place. Et puis, tu as le cas de figure où ils viennent dans la chambre, ils ont un lit double. Donc, on

pourrait se dire que, au final, au niveau de l'environnement, tout ça, ça peut le faire. Mais euh, je reste persuadée que s'il rentre en Ehpad, c'est qu'il y a une raison. Et souvent, **soit il y a une altération physique de l'un des deux, soit il y a une altération cognitive**. Et euh souvent, quand il y a une entrée en Ehpad, je pense, c'est parce qu'ils ont passé un cap au niveau des troubles, qu'à la maison, ça allait et puis là, ça tient plus. Et là, moi, j'ai un couple, ils sont tous les deux dans la même chambre, dans le même lit, mais le monsieur est tellement désorienté que... Fin il sait pas où il est, je ne sais pas comment il s'appelle. Je ne veux dire, je ne pense pas qu'il ait des relations sexuelles. Mais est-ce qu'on peut dire que c'est vraiment l'EHPAD du coup qui a entraîné la privation tu vois ? Inconsciemment, oui, parce qu'en fait, s'il est rentré, c'est parce qu'il a une majoration des troubles. Mais je pense qu'à l'origine du problème, c'est les troubles.

Et après, on a le cas de figure où tu as un couple qui va rentrer ensemble dans le même état. Donc au début, tout est nickel. **Et à un moment donné, l'un des deux, ses troubles ne tiennent plus et du coup, on les sépare d'unités**. Et donc du coup, c'est presque euh l'entrée en institution, mais il y a un retardement, tu vois ce que je veux dire ? Ils sont rentrés, par exemple, la première semaine ensemble, puis on se rend compte que ça tient pas... dans la même chambre et du coup, on les sépare. Là, actuellement, on a un couple où le monsieur, il est en EHPAD et la dame est en USA. Ils se sont rentrés ensemble dans la même chambre. Au bout de 15 jours, on s'est dit: Ça tient pas du tout, du tout, du tout, du tout. Et du coup, maintenant, ils sont séparés. Donc pareil, ils ont une **séparation physique**. Ils ne d'un pas ensemble, ils se voient la journée. Mais du coup, vu que madame est Alzheimer, il faut une surveillance. Donc généralement, ils sont dans des petits salons, tout ça. Je sens que le monsieur est aveugle. Bref, pas beaucoup de petits package. Ils ne sont pas souvent seuls dans une chambre.

Etudiante : Ok. Mais après euh, est-ce que vous pensez que ce serait possible de les mettre seuls dans une chambre ?

Ergothérapeute 4 : Moi, je pars du principe que s'ils le veulent, on est personne pour les empêcher, fin pour leur dire non en fait. On a un autre couple... on a beaucoup de couples (rire).

Etudiante : Ouais ouais y'a beaucoup de couples.

Ergothérapeute 4 : Oui oui, on a beaucoup de couples (rire). Donc on a un autre couple, donc pareil. Même cas de figure, le monsieur est en EHPAD et la dame est en

unité fermée. Donc tous les jours, après le repas, les aides-soignantes emmènent monsieur parce qu'il a en fauteuil et il peut pas se dépasser tout seul. Donc tous les jours, elles emmènent monsieur dans l'unité. Et soit on leur propose: Est-ce que vous voulez rester dans le salon, prendre un petit goûter, machin ? Soit on les met dans la chambre de madame. Soit on passe régulièrement en mode: Est-ce que tout va bien ? Euh... Soit, quand ils en ont marre, ils sonnent. Et puis les filles viennent et puis il dit: Là, je veux bien qu'on me ramène.

Etudiante : Donc l'EHPAD, elle met en place quand même des choses pour garantir euh la vie de couple.

Ergothérapeute 4 : Oui, c'est ça. Oui, oui. Oui, oui. Si ces deux personnes qui sont euh dans l'EHPAD, mais pas dans la même unité, **on fait en sorte que tous les jours, ils aillent voir leur conjoint.**

Etudiante : Il y a des dispositions qui sont mises en avant euh... d'un point de vue organisationnel.

Ergothérapeute 4 : Oui, c'est pareil, pour les temps repas, si euh on sait que la personne qui est dans l'unité Alzheimer euh..., bon d'accord elle en a un unité Alzheimer, mais elle peut quand même, pour le temps d'un repas, être dans le respect de tout le monde, c'est pareil. On l'amène manger avec son mari tu vois. Mais euh... souvent, pour ces couples-là, je trouve qu'il y a pas... Je vais dire, les problèmes, c'est que les couples sont plus entre deux personnes qui sont pas en couple. Mais après, ça, c'est les couples que j'ai, moi à l'EHPAD. **Après tous les couples que j'ai, il y a un déséquilibre entre les troubles de l'un et de l'autre.** Souvent y'en a un qui a Alzheimer.

Etudiante : Ouais, en fait, le coup, ce serait plus la personne. Là, ce serait plus.... Intrinsèque qu'à la personne.

Ergothérapeute 4 : Ouais, mais si on revient à ta question de départ euh oui, **l'entrée entraîne une privation occupationnelle parce que généralement, ça entraîne une séparation physique des deux personnes qui sont dans le groupe, qui rentrent ensemble, mais qui ont été séparés ou qu'il y en ait qu'un des deux qui rentre à l'EHPAD.**

Etudiante : Et du coup, vous, vous avez déjà essayé de mettre en place des choses pour pallier à ça ou pas ? Ou euh.... Vous avez déjà pensé à mettre des choses ?

Ergothérapeute 4 : On a réfléchi.... Euh souvent de ces questions, **on en parle avec le psychologue**. On a déjà réfléchi, notamment pour nos couples qui sont ensemble dans les chambres, en me disant: Mais ces gens-là, est-ce qu'ils veulent euh avoir des relations ? Est-ce qu'ils ont des besoins ? On a réfléchi l'autre fois pour le couple où il y a la dame qui est en Alzheimer et le monsieur qui a un métier classique en se disant: Ces gens-là, OK, ils se rendent visite. En fait, ils font quoi ? Ils parlent, OK, ils prennent à goûter, mais qu'est-ce qu'ils font vraiment ensemble ? Et on s'est dit: Est-ce qu'eux, des fois, ils voudraient peut-être avoir des relations ensemble ? On sait pas. Mais c'est pas vraiment une demande de leur part. **Ils ont pas de... de demandes**. On va essayer de leur poser la question, mais ça s'est un peu détourné. Parce qu'il y a aussi une chose, **c'est que je pense que c'est encore des générations où ils parlent pas comme ça facilement de la sexualité**. Euh... je pense qu'aujourd'hui, on est des générations qui en parlent quand même beaucoup plus ouvertement que ce n'était le cas il y a 50, 60 ans. Et peut-être que du coup nos générations en EHPAD, ces problématiques-là seront plus facilement abordées. Eux, ces gens-là, moi, les couples que j'ai, c'est des gens qui sont très pudiques sur leur vie. Ils vont nous raconter leur vie: J'ai fait tel travail, j'ai tant d'enfants. Mais ils vont pas parler de leur relation sexuelle. Ils ont pas été habitués à parler de relations sexuelles, sachant que mon Ehpad, c'est en campagne. Donc...C'est des gens qui, parfois, ont pas été scolarisés, qui ont pas euh un très haut niveau socio-culturel. Ce n'est pas des choses qui ont parlé avec leurs parents. Fin t'sais c'était: tu grandis, tu te prends un mari, fin d'histoire. Il y en a beaucoup, c'est de l'amour. Il y a des fois, c'était presque des trucs arrangés un peu. Ils n'en parlent pas vraiment. Aucun couple nous a jamais demandé. Et si de façon détournée, on leur demande: Bah... tenez, monsieur machin, quand vous venez rendre visite avec votre femme, est-ce que, je sais pas, vous avez des envies particulières ? Est-ce que vous avez besoin, euh je sais pas... Par exemple, la dame, on peut fermer la porte à clés. Est-ce que vous voulez qu'on vous ferme la porte à clés pour que vous soyez tranquilles ? Non, non pas besoin. **C'est pas une demande qui émerge**.

Etudiante : Ce n'est pas une demande qui émerge.

Ergothérapeute 4 : Pas des couples, en tout cas, avec un des deux en unité classique ou les deux en unité classique. Par contre, euh les personnes euh en unité Alzheimer qui ont des envies de relations..., eux, vont le dire très ouvertement. Mais, parce que

du coup, il y a la désinhibition. Mais parce qu'il y a la désinhibition qui font qu'ils n'ont plus la barrière sociale que potentiellement, ils avaient il y a quelques années.

Etudiante : Et vous, comment est-ce que vous vous positionnez pour aborder le sujet de la sexualité ?

Ergothérapeute 4 : **Je l'aborde pas**. Bahhhh on va dire en fait qu'on l'a abordé avec euh...à l'époque avec le monsieur et la dame qui étaient en unité Alzheimer quand on n'était pas sûr du consentement. Là, c'est plus: bah voilà quand monsieur machin, il vient vers vous, est-ce que ça vous dérange ? Est-ce que vous êtes contente de passer du temps avec lui ? Quand vous êtes en chambre, est-ce qu'il vous force à faire des choses ou est-ce que vous êtes d'accord ? Ça, à plus était comme ça. Mais avec les couples lambda, les vrais couples, on l'aborde pas. **Parce que si déjà tu sens qu'il y a une résistance au moment de l'entretien, fin en tout cas avec ceux que j'ai hein, si déjà tu sens qu'il y a une résistance au moment de l'entretien pour juste parler de leur vie, compliqué d'aborder la sexualité derrière**. Moi, j'ai déjà eu des gens qui m'ont dit, fin entre guillemets bah ça vous regarde pas quoi. Juste quand on parlait de leur famille, de leurs enfants, de leurs loisirs. Tu vois ? Du coup, tu vas pas arrivé et leur dire: Alors, du coup, avec votre femme...

Etudiante : Ouais. Et du coup quels freins euh vous identifiez, vous, justement, pour parler de la sexualité?

Ergothérapeute 4 : Moi, je pense que c'est la.. **L'éducation. C'est l'éducation et la génération dans laquelle ils sont nés**. Je pense que c'est encore des générations qui sont **pudiques** sur ce sujet-là. Et euh les seuls, même en unité classique, qui vont parler ouvertement de ou plus facilement, c'est des gens qui ont des troubles de la désinhibition.

Etudiante : D'accord. Ok.

Ergothérapeute 4 : Là, on en a un, c'est pareil hein ! Il nous propose gentiment de venir avec lui dans sa chambre. Il a un trouble de la désinhibition. Parce que c'est un monsieur que voilà...que tu vois bien qu'il y a plus ce type de... Il pense un truc, il le sort. C'est des fois très limite d'ailleurs HEIN euh..

Etudiante : Oui bien sûr. Et vous, comment est-ce que justement, si vous aviez une situation où il y aurait une difficulté sexuelle, comment est-ce que vous vous positionneriez par rapport à ça ? Comment est-ce que vous vous sentiriez pour...

Ergothérapeute 4 : Moi, ça me dérange pas. **Je n'ai pas de gêne particulière pour aborder ça avec les résidents.** Si un jour, il y a un couple qui nous font comprendre qu'ils aiment un peu plus d'intimité ou quoi, ou qu'est-ce. Moi, ça ne me dérange pas, on se pose: OK, quels sont vos besoins réellement? Fin.. De quoi avez-vous besoin ? Est-ce que vous avez besoin d'intimité ? Est-ce que vous avez besoin d'un endroit ? Ou est-ce que vous avez des difficultés et je ne sais pas. Est-ce qu'il faut qu'on aménage quelque chose différemment ? Déjà, ce que je fais, dès qu'il y a un couple qui rentre, je leur demande: Est-ce que vous voulez un lit ensemble ou pas ?

Etudiante : Donc oui, implicitement...

Ergothérapeute 4 : **Implicitement, directement, je leur demande: Est-ce qu'on voulait un lit, vous voulez dormir dans le même lit ? Est-ce que vous voulez deux lits séparés ? Ça, c'est fait.** Mais si un jour, quelqu'un ne faisait pas que... Ou si on voyait que dans la discussion, ça peut facilement y aller... moi, ça ne me dérange pas. Fin voilà, je leur demanderai: Est-ce qu'il y a des choses qui sont difficiles ? Est-ce que vous aimeriez bien ? Mais je ne sais pas, vous avez peur qu'il y a des soignants qui rentrent ? Je pense qu'il y a plein de choses qui sont possibles sans mettre un panneau sur la porte en mode ACTE EN COURS. Mais je pense qu'il y a plein de choses qui peuvent être faisables de dire: On sait que cette chambre-là, de telle heure... Le soir, par exemple, vous passez pas. Vous passez pas, vous passez vraiment tard dans la nuit. Les personnages âgés dorment quand même beaucoup plus la nuit que nous. Ou voilà... quand ils sont enfermés à clé, on les laisse à clé. **De toute façon, tout résident peut fermer sa chambre à clé.** En unité classique. Ils ont un verrou à l'intérieur, c'est un loquet. Et nous, de notre côté, c'est une serrure. Comme ça, tu peux monter... ce qui fait qu'eux, ils peuvent s'enfermer et que nous, si jamais un jour, on veut vérifier quand même que la personne va bien, nous, on a la clé, on a les pass pour ouvrir. Mais du coup, toute personne peut s'enfermer à clé. Donc, ça serait facile de dire: C'est un couple, et euh ils ont leur intimité. S'ils s'enferment à clé, on clenche, on voit que c'est fermé à clé, on laisse.

Etudiante : Donc, il y a pas de problème d'intimité dans l'EHPAD ?

Ergothérapeute 4 : Non. Non. Et en unité Alzheimer, selon les troubles et la demande, le résident peut avoir sa clé. Certains sont pas du tout en capacité de gérer une clé, ils ne savent plus comment on l'utilise. Mais d'autres ont soit une unité Alzheimer parce qu'il y a un risque de fugue, il y a une agressivité, mais ils sont totalement capables d'avoir la clé et de se dire: Moi, quand je sors de ma chambre, je la ferme comme mon

appartement. Surtout quand on a des Alzheimer, les gens se baladent de chambre en chambre. Mais sinon euh, au niveau intimité, il y a pas de problème et si vraiment, au niveau de l'intimité, ils peuvent. Mais maintenant, ça n'empêche pas qu'effectivement, s'ils ont un souci euh, **on peut nous euh former les soignants à ce que quand leur chambre est fermée à clé, on les laisse.**

Etudiante : Ça passe par de la communication ?

Ergothérapeute : Oui. Après, toute problématique est différente. Si un jour c'est des gens qui qui...., je ne sais pas..., qui veulent avoir des relations, mais qui ont un souci mécanique. Il faudra voir à ce moment-là quelle est leur problématique et comment on peut aider. Mais déjà, au niveau intimité, facile.

Etudiante : Ok. Et le... Parce que vous ne l'avez pas beaucoup abordé, le sujet de la sexualité avec certains résidents, mais est-ce que vous le faites seule ou avec un collègue ou par l'intermédiaire de collègue pour avoir certaines informations ?

Ergothérapeute : Hum.... **Je te dirais, jamais seule.** Parce que je trouve ça... Moi, je travaille beaucoup avec le **psychologue** et il est aussi très ouvert sur ces problématiques-là.

Si, par exemple, même lui... En fait les deux, chacun de notre côté, si, par exemple, on entend qu'il y a une problématique sexuelle, moi, je vais lui dire: Oh bah je sais pas si tu es au courant, monsieur et madame machin, ça commence un peu à se tourner autour. Et moi, lui, il est au courant des situations. Et lui et moi, on peut avoir le même discours auprès des soignants. Et inversement, si lui, il entend que les soignants lui disent: Kevin, on a retrouvé monsieur machin dans la même chambre, il va lui dire: Oh bah tient, tu sais pas quoi ? Et pareil, on se met au courant des situations. Et après, pareil, là, on peut dire à l'autre pour aborder ces sujets-là selon la **relation que tu as avec le résident, la relation thérapeutique.** Parce que moi euh, je vois quasiment la totalité des résidents, mais à des degrés différents. Et moi, par exemple, il y a des résidents que je ne vois pas beaucoup au point de vue ergo, mais que lui, il va beaucoup suivre au point de vue psychologie. Donc, si on sait que c'est quelqu'un, par exemple, qui, je pense, est un peu pudique et qu'il a une forte **alliance thérapeutique** avec les psy, c'est peut-être lui qui va euh.... Qui va réussir à s'infiltrer. Qui va évoquer ces sujets-là. À l'inverse, si c'est quelqu'un qui ne suit pas ou très peu, mais qui sait que moi, je le suis, je le connais, j'ai déjà parlé avec lui, il a une certaine confiance, il va peut-être me dire bah tient, est-ce que tu peux essayer de voir avec eux ? Après, on joue sur l'alliance. C'est quand même des questions intimes, on est quand même

sur des gens qui sont assez pudiques. Donc, si on sait qu'il y a l'un des deux qui a une plus forte alliance thérapeutique, Vas-y, va essayer de voir s'il y a un trou à gratter. Et après, selon la problématique, chacun reprend ses corps de métier quoi.

Etudiante : C'est de réelle complémentarité. Oui, je vois.

Ergothérapeute 4 : On est pas dans le vrai... J pense que ça dépend les psychologues et euh leur... et leur courant de pensée, mais en tout cas avec le mien, il y a beaucoup de similitudes entre la pensée du psychologue et la pensée de l'ergo. Parce que lui, il est là pour le bien-être, mais le bien-être passe par la satisfaction que la personne elle a dans sa vie, dans ses occupations. Donc en fait, ça se rejoint avec moi quand une personne vient de rentrer en EHPAD et qu'elle a pas envie de perdre telle activité parce qu'elle adore jardiner. Et en même temps, c'est difficile à vivre pour elle parce qu'avant, on était autonomes et puis maintenant, il faut qu'elle me demande de l'aide tu vois. Et en fait, tout se rejoint. En fait, on vise un peu la même chose, mais pas par les mêmes moyens. À peu près, parce que forcément, moi euh voilà... il y a des trucs que lui ne vise pas.

Etudiante : Vous êtes complémentaires.

Ergothérapeute 4 : Mais en vrai, c'est très souvent je pense que si t'es un bon psychologue, un ergo collabore avec le psychologue, surtout pour des questions de sexualité, je pense.

Etudiante : Est-ce que vous utilisez un modèle dans votre pratique ?

Ergothérapeute 4 : Euh pffff officiellement, non. Officieusement, un Un peu.

Etudiante : Lequel ?

Ergothérapeute 4 : J'aurais tendance à dire euh....

Etudiante : Ou lesquels ? Peut-être.

Ergothérapeute 4 : C'est vrai. Selon les situations. On peut voir. De manière générale... En fait, des fois, je trouve que les modèles, ils disent tous un peu tous la même chose, mais de façons différentes. Mais on va dire euh que dans les critères, je me base un peu plus sur le MOH que sur autre chose. Parce que dans le MOH, tu as les valeurs. Tu vois. Tu as tout ce qui est centres d'intérêt, valeurs, rôles. Et c'est vachement utile parce que souvent, tu as des gens qui ont fait plein de choses dans leur vie. Tu rentres en institution, donc déjà, tu peux être sûr que tout ce que tu as, ta routine occupationnelle d'avant, elle est pétée. Elle est pétée parce que t'es dans euh... tu as

changé d'environnement complet. Donc, même si tu essaies de reproduire un peu, t'auras pas la même routine. En plus, il y a des exigences un peu au niveau horaire que... Voilà. Et souvent, c'est des gens qui, du coup, se voient être dégradés ou ne peuvent plus faire les choses qu'ils faisaient avant et du coup, ils perdent presque le rôle qu'ils avaient. Euh.. Moi, j'ai des gens, c'est des gens qui voyagent chez beaucoup, qui étaient chefs d'entreprises, et machins. Là, ils se retrouvent en EHPAD, en fauteuil, où on les emmène de point A à point B. Et puis en gros, c'est matin, toilettes, midi, manger, 16 heures, goûter et voilà. Et puis des fois, ils veulent non pas participer aux activités parce qu'ils se disent: Attends, moi, je suis un homme de culture, rien à foutre, en gros, de faire du quiz. Là, c'est pareil. Je trouve que la question de rôle, elle est importante parce que tu comprends certaines de leurs réactions. Euh... Je trouve que tu vas pas euh entrer en relation et en matière de la même manière avec quelqu'un, par exemple euh, qui a été... un gros rôle, qui a été chef d'entreprise, qui a fait plein de choses et qui vient tout juste de perdre son autonomie. Et euh... et quelqu'un, que ça fait des années qu'il est devenu l'aidé, qui... l'handicap, le dérange pas du tout. Il y a des gens, ils nous disent: Oui, je suis comme ça, mais c'est pas grave, c'est la vie. Eux, par exemple, tu sais que tu voilà. Tu vas prendre des pincettes, mais que ça va aller. Les gens qui te disent eux-mêmes: Je suis un handicapé, presque j'suis une honte et tout... Tu vas pas les prendre de la même manière. Et je trouve que ce côté de valeur et centres d'intérêt et de rôle du MOH, il est important. Il est intéressant. Il est intéressant, du coup... Voilà. Après, je sais qu'en ce moment, je réfléchis pas mal parce que bah.... vu qu'on a des personnes très différentes, avec des capacités très différentes avec des capacités, c'est très différent, tu as des histoires de vie très différentes, j'ai tendance à dire qu'un modèle ne suffit pas. Il y a des gens, des fois, ils sont plus visuels.... Il y en a, tu pourrais presque faire la rivière Kawa avec eux. Parce que pour eux, c'est plus visible et plus... Tu vois, compréhensif que de leur dire: Alors c'est quoi le rôle ? (rire) Même si on ne dit pas comme ça.

Etudiante : Oui bien sûr. Ça dépend de la personne, c'est très personnel.

Ergothérapeute 4 : Oui.

Etudiante : Très haut que par cas.

Ergothérapeute 4 : Oui, clairement. Là, je réfléchis à m'acheter le bilan ELADEB parce que ça peut servir de fou. Des fois, il y a des gens, t'essaies de sonder un peu ce qui va pas, mais en fait, ils ont pas l'idée d'eux-mêmes. Mais s'ils avaient des cartes, ils se diraient: Ah oui, en fait, effectivement, moi, je faisais ça et j'aimerais bien.... Ou bah

non, en fait, ça, j'arrive pas, ça me dérange. Mais ça, effectivement, les personnes âgées, quand elles ont 94 ans, des fois, elles disent... Et souvent, ils nous disent: Qu'est-ce que vous voulez que je fasse, maintenant ? Donc euh... Ouais je dirais dans la forme, oui. Plus le MOH. Je réfléchis si il y en a d'autres mais...

Etudiante : Et quelle approche de l'ergo, du coup, vous adoptez, vous ?

Ergothérapeute 4 : C'est-à-dire ?

Etudiante : Comment est-ce que vous pratiquez votre ergothérapie ?

Ergothérapeute 4 : En mode top down, bottom up ? (rire)

Etudiante : Pas forcément, mais vous, comment est-ce que vous concevez vos...

Ergothérapeute 4 : Oui, mes accompagnements.

Etudiante : Oui, quelles sont vos bases, en fait, de l'ergothérapie ? Vous voyez ? Quelle est votre approche ? Comment est-ce que vous... ?

Ergothérapeute 4 : À chaque fois, déjà, quand il y a une personne à une entrée... Euh... Moi, je suis pas quelqu'un qui fait 12 000 bilans normés de... Non, non, non. Moi, je vais parler avec la personne, voir déjà comme elle a un peu état psycho, comment elles se sent de l'entrée et tout ça, voir si elle est motivée, pas motivée, dépressive, pas dépressive. Hum... J'observe pas mal comment ils fonctionnent. Je te dis, je fais très peu de bilans normés en fait. Je regarde, je vais marcher un peu avec eux, s'ils marchent. Je vais venir à la toilette évaluative. Euh... Moi, je fais pas la toilette, je fais avec la soignante s'il y a besoin. Et on voit ce que le monsieur, la dame peut faire au maximum, pas faire. Comme ça, moi, je trouve que ça me permet de voir comment il fonctionne dans une activité euh complète. C'est-à-dire, tu vois, est-ce qu'ils sont capables de planifier, de dire: Je vais prendre le gant, je machin ? Est-ce que l'attention, elle dure tout le long de la toilette ? Est-ce que physiquement, ils sont capables de faire la tête, les bras, les pieds euh voilà ! Est-ce que déjà, ils acceptent de l'aide s'ils en ont besoin ? Parce que t'en as, ils ont besoin d'aide, mais ils en veulent pas. Il y en a, ils ont besoin d'aide, mais ils s'en rendent pas compte. **Ça me permet de voir comment ils appréhendent leurs activités en général et leur état à eux.** Parce que la façon dont eux, ils se perçoivent, ça va vachement influencer sur qu'est-ce qu'ils veulent faire tu vois ? Et après, chaque fois, je **sonde les centres d'intérêt et les loisirs.** Parce que je sais que c'est ce qui est le plus impacté et ce qui est le moins pris en charge en EHPAD. Euh... Les triades de toilettes, repas, déplacement, ça oui, c'est

vu tout de suite. Les soignantes, elles sont habituées à dire tout de suite, en tout cas moi: Tiens, qu'est-ce que le monsieur, il peut pas faire ? Autonomie à la toilette, autonomie à l'habillage, autonomie au repas. Comment il se déplace ? Ok. Mais alors les loisirs, ce que le monsieur, il aimait faire avant et qu'il peut plus faire, ça, c'est pas trop... Je trouve que là, on a un intérêt plus plus tu vois ? Parce qu'à part nous, il y a une personne qui sonde vraiment. L'animatrice, elle sonde un peu... Elle sonde les centres d'intérêt de la personne, mais plus en mode: Tiens, je vais lui demander de venir à telle activité. Mais personne ne sonde, je trouve, à part nous, bah est-ce qu'il y a une activité que vous aimeriez refaire ? Est-ce qu'il y a quelque chose que vous faisiez à la maison que vous ne faites plus, mais qui vous manque ? Ou est-ce qu'il y a un truc que vous faisiez il y a des années, mais vous voudrez bien la reprendre parce que vous avez plus de travail maintenant et que vous avez le temps quoi ? **Donc J'suis plus comme ça et j'essaie au maximum de faire du... On va dire occupation centrée, patient centré.** Même si le milieu de l'EHPAD fait qu'il y a des obligations... liées au siège, à la direction, tout ça. Gestion administrative, gestion de matos, dont...j'essaie de m'en débarrasser le plus possible, mais qui est pas toujours facile.

Etudiante : Vous avez des contraintes par rapport à ça qui prennent du temps ?

Ergothérapeute 4 : Oui, j'ai des contraintes institutionnelles qui me prennent beaucoup de temps et qui, du coup, réduisent fortement mon temps de présence auprès des gens...je trouve. Je suis actuellement en train de discuter avec le directeur en disant que le matériel me saoule sérieusement et que oui, la préconisation de fauteuil, l'adaptation, ça rentre dans mes clous, mais gérer une réparation de tel truc, tel truc, tel truc, et puis les agents de maintenance qui viennent, non. Tout le monde est capable de le faire, d'être un arceau de lit, t'as deux mains, tu sais attraper l'arceau et puis le mettre tu vois ? Mais voilà. **Donc j'essaie d'être le plus possible dans les occupations perdues, les occupations souhaitées et l'adaptation du coup euh des soins personnels,** tout ça, quand il y a des difficultés et de me détacher le maximum du matériel.

Etudiante : Ok. Euh comment est-ce que vous identifiez les facteurs de privation occupationnelle sur plan la sexualité des résidents ? Comment est-ce que vous...

Ergothérapeute 4 : Il n'y a pas eu énormément de...

Etudiante : Comment est-ce que vous pourriez les identifier ?

Ergothérapeute 4 : C'est-à-dire euh... remarquer s'il y a privation ou pas auprès de la personne ?

Etudiante : Ouais, et qu'est-ce qui cause justement cette privation ?

Ergothérapeute 4 : Bah ça, je pense... Je te dis, déjà, au niveau de l'entrée, je le fais presque directement. Déjà euh... Je te dis: Est-ce qu'ils sont dans une même chambre ou pas une même chambre ? Je vois s'ils sont pas dans une même chambre, j'ai pas besoin de grands outils, je pense, pour remarquer qu'il y a privation. Je te dis, je trouve que c'est une problématique qui reste euh... qui me gêne pas à aborder, mais qui est dure à aborder avec ces générations-là.

Etudiante : Donc, du coup, pour identifier les facteurs...

Ergothérapeute 4 : Je sais pas... (souffle) Je pense qu'il y a plein de choses qui sont possibles. Il pourrait très bien y avoir des entretiens, comme il pourrait y avoir des questionnaires, comme il pourrait y avoir juste... Je crois que dans l'ELADEB il y a une carte de sexualité. Ça pourrait être ce genre de truc. Prendre une des cartes et la glisser parmi les cartes. Parce que forcément, on est pas: Je vais trier certaines, faire les courses, les machins, ça, je vais les enlever. Quoique si des fois, il y en a, ils veulent faire les courses, on peut les emmener à Leclerc faire un petit tour. Mais tu vas quand même il y a des trucs. Ça peut être un truc où c'est glisser dedans et voir déjà s'ils sont en mode: Ça m'intéresse, ça m'intéresse pas. Déjà, ça les intéresse pas, fin de l'histoire tu vois.

Etudiante : Oui, bien sûr.

Ergothérapeute 4 : Mais vu que j'ai pas été trop confrontée.... C'est compliqué de me projeter.

Etudiante : Bah c'est pas grave hein.

Ergothérapeute 4 : Ouais, franchement, c'est pas... C'est pas easy.

Etudiante : Parce que euh..... Mais OK, vous, vous n'avez pas été confrontée EUH vraiment, donc vous ne pouvez pas... Ça peut être compliqué. Mais déjà, par rapport à l'entretien administratif, ça peut être...

Ergothérapeute 4 : Ouais ouais ouais, je te dis. Je pense que l'ELADEB peut être une ressource pour aborder le sujet, mettre le sujet sur la table, déjà. Mettre le sujet sur la table. Tu vois ? Euh.... Déjà, pour savoir si c'est quelque chose auquel ils pensent encore ou pas, ou qu'ils imaginent encore tu vois. Je pense qu'en mode petite entrée

en matière, la petite carte sexualité peut être pas mal. Et après, si là, il a choisi son mode: Oui oui, ça m'intéresse. Ça m'intéresse, mais je peux pas le faire... Là, moi, je passe vachement par l'entretien, par des questions verbales. En fait je passe beaucoup par l'entretien parce que quand tu échanges avec une personne, t'as pas que le langage verbal qui te donne des infos, t'as tout ce qui non-verbal et tout ça. Et du coup, faire remplir un autoquestionnaire, tout ça, moi, des fois, je trouve que c'est pas tort. En plus, des fois, ils comprennent pas forcément les questions. On est sur des gens qui, des fois, ne savent pas lire, qui ne voient plus...

Etudiante : Du coup, vous pensez que vous iriez creuser quoi comme euh...comme piste ?

Ergothérapeute 4 : Pour savoir s'ils sont en privation ?

Etudiante : Oui.

Ergothérapeute 4 : Euh s'ils me disent que du coup, la sexualité, les relations sexuelles, c'est quelque chose qui sont importants pour eux, je demanderais déjà s'ils en ont encore. S'ils en ont encore, oui, non. Euh... S'ils en ont pas, est-ce qu'ils aimeraient en avoir.... Tu vois je sais pas si ça pourrait être intéressant de les interroger séparément ou ensemble. Je me dis peut-être que séparément, ça pourrait être intéressant. Déjà, tu verrais si les deux personnes... Parce que quand ils sont ensemble, ils s'influencent dans les réponses. Mais tu vois de dire: Vous, est-ce que vous avez envie, est-ce que vous en avez déjà parlé avec votre conjoint ? Si jamais ils veulent plus, par exemple, ou ils ont plus. Est-ce que vous avez envie ? Est-ce que vous savez est-ce que madame, voilà... ? Est-ce qu'il y a quelque chose qui vous dérange au niveau ici d'avoir des relations ? Est-ce que vous avez des peurs ? Moi, je pense qu'il faut savoir, c'est ouais: Est-ce qu'ils ont peur d'être dérangés ? **Est-ce qu'ils savent qu'ils ont droit ? Parce que je me dis, d'un coup, il y en a, ils le savent même pas.** Tu sais, en mode on est à l'hôpital, on sait pas. Parce qu'il y en a, ils sont à l'hôpital, ils attendent d'être à l'hôpital presque. Ils sont plus chez eux, dans leur maison. Mais tu vois, d'investiguer: est-ce qu'ils aimeraient ? Est-ce qu'ils ont peur ou ils pensent qu'ils ne peuvent pas ? Euh...Est-ce que ils sont en confiance ? Est-ce qu'au niveau de l'organisation de la chambre, de l'agencement, de tout ça, est-ce que ça va pour eux ou est-ce que c'est compliqué ? Est-ce qu'ils ont besoin de quelque chose ? Une veilleuse, une lampe ? Tu vois ?En fait... Il faut tout investiguer en soi parce que... Une **occupation**, quelle qu'elle soit, que ce soit la sexualité ou autre chose, pour la faire, il faut la **personne**, il lui faut des capacités. Il y a **l'environnement** qui

rentre en compte... physique, sociale fin tu vois ? . Ça serait de demander: Est-ce que vous avez des peurs ? Est-ce que vous avez des problèmes spécifiques ? Est-ce que dans la chambre, vous êtes à l'aise ? Est-ce que vous avez peur d'être dérangé ? Euh... Je pense qu'il y en a beaucoup qui auraient peur d'être dérangés. Parce que les soignantes passent quand même. Dès que les portes sont fermées, elles passent tchecker si ça vade temps en temps. La nuit, les filles, elles passent trois fois, je crois, trois ou quatre fois la nuit. Vérifier que la personne va bien, qu'elle n'est pas tombée.

Etudiante : Oui, bien sûr. Ok très bien... Euh dernière question du coup. Est-ce que vous connaissez le modèle EX-PLISSIT ?

Ergothérapeute 4 : J'sais pas si ca peut t'aider du coup.... Non ! Je l'ai entendu au niveau nom. Je l'ai déjà entendu... Je suis incapable de dire à quoi ça ressemble.

Etudiante : En gros, le modèle EX-PLISSIT, c'est... Le modèle EX-Plissit, alors c'est pas propre aux ergothérapies. Tous les soignants peuvent l'utiliser. Et en fait, c'est un modèle qui permet d'aborder la sexualité. Donc, tu as quatre étapes pour aborder justement les habitudes sexuelles de la personne, ses envies, sa satisfaction.

Ergothérapeute 4 : Sans rentrer comme un bourrin...

Etudiante : C'est ça. Vous avez quatre étapes et en fait, à chaque étape, y a une boucle de rétroaction qui évalue comment la personne interrogée se sent par rapport à ce sujet-là, comment la personne qui interroge se sent par rapport à ce sujet-là.

Ergothérapeute 4 : Pour voir qu'on est toujours dans un truc où les gens sont à l'aise ou si ça part en quelque chose.

Etudiante : C'est ça. Pour voir euh... si y a une gêne ou si... Là, ça va plus, c'est au-delà de moi, je peux pas traiter ça. Et du coup, si faut passer la vie ou non. Et euh.... Fin voilà C'est un peu comme ça. De base, c'est utilisé entre patient et soignant. Enfin, soignant patient. Après, peut-être qu'il y a d'autres utilisations à en faire. Mais voilà, en gros, c'est ça, euh... en très gros du gros du gros, à quoi le modèle peut servir. Et euh... avec mes petites explications, est-ce que vous pensez que c'est un modèle qui serait abordable par les ergothérapeutes ?

Ergothérapeute 4 : Dans les quatre étapes, comment elles se...? Comment c'est ? C'est des questions ? C'est des entretiens ? C'est quoi ? Parce que je peux pas te répondre si je sais pas trop vraiment comment s'enchaînent les trucs. Sur le principe, je te dirais oui. S'il te permet.... Tu seras prête pour les prochaines.

Etudiante : Vous êtes la dernière, de toute façon.

Ergothérapeute 4 : Moi, j'ai trop besoin de connaître un peu tous les paramètres pour pouvoir juger si ça va fonctionner ou pas.

Etudiante : Première étape, vous donnez l'autorisation. Donc c'est-à-dire, vous donnez votre autorisation pour en parler et la personne vous donne son autorisation pour en parler.

Ergothérapeute 4 : Ok, on est sûr du consentement. Est-ce qu'on peut aborder ce sujet sans...

Etudiante : C'est ça.

Ergothérapeute 4 : Ok.

Etudiante : Deuxième étape, c'est... l'information restreinte. Ça consiste à aider la personne à mieux comprendre ses difficultés euh sexuelles euh... à travers divers supports. C'est des supports d'information en fait qui vont lui permettre de comprendre ce qui se passe.

Ergothérapeute 4 : OK. C'est des supports, c'est que des trucs écrits, genre questionnaire, c'est des trucs un peu visuels ?

Etudiante : Des supports. Après, je pense que l'entretien peut faire partie d'un support. C'est un support en fait par lequel... vous allez parler de ce qui se passe.

Ergothérapeute 4 : D'accord.

Etudiante : Troisième étape, c'est là où vous allez faire votre accompagnement qui sera personnalisé, donc pour traiter la problématique. Quatrième étape, c'est là où tu vas hum... vous allez savoir si vous êtes toujours en capacité d'intervenir.

Ergothérapeute 4 : Oui, en mode évaluer. C'est un peu les étapes presque d'un suivi ergo. C'est genre euh évaluation, bilan, suivi et réévaluation des objectifs.

Etudiante : Et du coup, à chaque étape, à chaque fois d'étape, vous voyez si c'est toujours OK dans les deux parties. Donc voilà... C'est ça en quoi consiste le modèle EX-PLISSIT.

Ergothérapeute 4 : Je pense que le gros avantage de ce truc-là... Parce que dans la construction générale, en mode les étapes, euh.... ça ressemble à ce qu'on ferait pour n'importe quelle activité, n'importe quel problème. On regarde, on évalue, on agit et on réévalue, voir si on a eu des effets, est-ce qu'il faut qu'on continue, tout ça. Mais je

pense que l'avantage qu'il y a de ce truc-là, c'est les parties consentement. Euh... Le fait de, à chaque étape, à chaque moment qu'on fait, on redemande si c'est toujours bon pour la personne. Parce que à la différence des autres activités ou occupations, La sexualité, c'est très intime. Et comme je te l'ai dit, d'autant plus avec ces générations-là. Ça l'est déjà pour tout le monde, même si c'est différent euh... Même dans notre génération, il y a des gens qui vont être très à l'aise comme des gens qui vont pas du tout être à l'aise. L'éducation fait que... Mais je te dis, dans cette génération-là, c'est très pudique, souvent. Il y a beaucoup plus de gens pudiques que de gens qui ne le sont pas. Donc, vérifier à chaque fois s'ils sont toujours OK avec ça, je pense que c'est en gros point fort, ce truc-là. C'est de vérifier qu'on est toujours en mode: C'est OK pour vous. Et c'est OK pour moi aussi. Et c'est OK pour moi. Et de dire: D'un côté, euh je suis encore en train d'agir sur quelque chose qu'ils ont besoin. Je suis pas en train de dire: On a commencé pour ça, mais maintenant, je transpose mon truc et je sais même pas si ça les intéresse encore. Et moi, je me sens encore compétente de le faire.... Parce que si je me sens pas compétente, comme dans n'importe quel truc, on peut orienter vers d'autres professionnels. Tu vois ce que je veux dire ? Surtout si c'est un modèle, en plus, qui n'est pas spécifique aux ergos. Ça peut me dire... Ou tu vois à la fin de la boucle, de dire: Je réévalue. Il y a encore des difficultés, mais en fait, c'est plus de mon ressort, maintenant. C'est de dire: Moi, j'ai fait ma partie, mais... Ça fonctionne encore pas, mais c'est plus de mon ressort. Ça peut permettre de dire: Il faut qu'on a rien que vers quelqu'un d'autre.

Etudiante : Oui, c'est ça. Parce que traitement intensif, c'est vraiment consiste à orienter le patient vers un médecin si le professionnel n'est pas ou plus en capacité d'intervenir sur les problèmes.

Ergothérapeute 4 : Tu vois ? Mais je pense que la notion de consentement, elle est importante. Surtout qu'on est avec des personnes qui, selon moi, peuvent se dire: Oui, je suis d'accord pour parler avec ça, mais qui, après le soir, vont beaucoup, beaucoup ruminer euh... et qui, du coup, peuvent se dire: Wo ça me crée une anxiété. Moi, j'ai beaucoup de résidents ou résidentes qui ont des gros syndromes anxieux. C'est un juste truc où, sur le début, ils vont te dire: Oui, d'accord, on va faire une séance. Puis, quand tu les recroises le lendemain, ils vont te dire... en gros, ils y ont pensé toute la nuit, toute la journée, tout le matin. Maintenant, ça les inquiète parce qu'ils Ils se sont dit mince. Surtout sur une question de sexualité. Une question de sexualité, je pense

qu'il y a qui ruminent et qui se disent: Oula... Qu'est-ce que je suis en train de faire ? Surtout que je pense que c'est quelque chose qu'ils n'ont jamais fait.

Etudiante : Ils parlaient de leur sexualité comme ça ?

Ergothérapeute 4 : Ouais. Tu vois, euh... je veux dire, toute personne qui est en EHPAD, il y a eu un jour où peut-être qu'elle s'est fait opérer un jour. Donc, on lui a dit: Vous arrivez à vous laver, vous allez peut-être en rééduc ou tu vois. Ça oui, mais il y a jamais personne qui aurait voulu leur demander: Ça va votre sexualité ? Tu vois ? Donc c'est presque à 90 piges (rire)... qu'on va s'intéresser pour la première fois à: Tient, vous arrivez à faire ça ? Vous arrivez encore bien ? Comme vous le souhaitez ? Je pense que c'est important de vérifier à chaque étape. Mais si à un moment donné, pareil, on a l'impression que ça crée trop d'angoisse, même nous, de se dire... Bah en fait peut-être que lui, il me dit officiellement que ça lui va encore, mais moi, en tant que thérapeute, je vois que je suis en train de remuer un truc qui ne va pas tout de suite. Je pense que là-dessous, le consentement à chaque étape est importante.

Etudiante : Très bien. Eh bah... l'entretien est terminé. Est-ce que vous avez des choses à ajouter ?

Ergothérapeute 4 : J'espère que... non. Je peux t'aider avec... J'ai pas eu beaucoup d'expérience avec des couples-couples. Ils m'ont dit: woوو c'est la cata.

Etudiante : Tout entretien et bon à prendre. Toute expérience, tout bonne à prendre. Est-ce que vous souhaitez que je vous communique les choses de l'entretien, mon mémoire à la fin de cette étude ?

Ergothérapeute 4 : Pourquoi pas ! Ça m'intéresse de savoir la finalité de tout ça.

Etudiante : Pas de questions, pas de commentaire, rien ?

Ergothérapeute 4 : Non.

Etudiante : Merci à vous, en tout cas, pour votre participation.

ANNEXE XI : TABLEAU D'ANALYSE DES RESULTATS

Thèmes d'analyse	E1	E2	E3	E4
<p>Thème 1 : La sexualité en EHPAD</p>	<p>Consentement</p> <p>troubles cognitifs qui faisait qu'elle ne pouvait pas donner son consentement en fait.</p> <p>protéger Madame par rapport à Monsieur qui devenait un petit peu agressif</p> <p>on lui proposait des activités d'animation, soit de rééducation avec moi pour détourner Monsieur un peu de l'idée qu'il avait en rentrant dans sa chambre.</p> <p>pareil protéger Madame, la surveillance de Monsieur dans ses déplacements et dans ses allers venus.</p> <p>permettre justement une intimité au niveau de la chambre.</p> <p>mise en place d'une signalétique masturbation</p> <p>ses capacités physiques</p> <p>l'incapacité au niveau du bras qui l'empêcher de le faire</p> <p>changement de... je vais dire... de sex toys</p> <p>montré un catalogue</p> <p>On a changer le verrou de la porte pour pouvoir fermé de l'intérieur sans clés. Une sorte de... Un truc qui tourne. T'as juste à tourner pour fermer la porte quoi.</p>	<p>un immense tabou dans notre société, en particulier chez la personne handicapée et ou âgée.</p> <p>la première des problématiques c'est d'apprendre à toujours frapper quand on rentre dans une chambre</p> <p>intimité</p> <p>3 médecins, 2 femmes et 1 homme qui étaient extrêmement sur le respect des volonté des patients et qui étaient très à cheval sur le respect de leur vie sexuelle et affective.</p> <p>Monsieur aussi qui nous a demandé à avoir accès à du contenu pornographique sous forme de cassettes</p> <p>c'était pas un tabou, et si y'avait besoin de mettre en place des choses elles étaient mises en place.</p> <p>orthèse parce que ça lui faisait mal quand il se masturbait</p> <p>un espèce de tabou dans cet EHPAD par rapport au sexe</p> <p>scandale</p> <p>Mais ça a fait un scandale monstre et y'a des soignants qui ont demandé à ce qu'on donne un traitement au monsieur pour casser son désir sexuel.</p> <p>y'avait un espèce de questionnement pervers de la part de certaine soignante pour savoir comment ils font !</p> <p>ça a fini sur une discussion en mode ok alors c'est inadmissible qu'ils baisent 7 fois par jour d'accord,</p> <p>ambiance constante de la sexualité c'est mal.</p> <p>ce jeune nous a demandé à avoir des cassettes pornographiques parce</p>	<p>Consentement</p> <p>personnes à troubles cognitifs</p> <p>profils type Alzheimer</p> <p>est-ce qu'on le dit à la famille du proche ? Est-ce que ça reste interne à la structure ? Parce que bah c'est la vie privée de madame ou de monsieur</p> <p>Est-ce qu'on agit parce que c'est non consenti ou est-ce qu'on agit pas et on laisse faire ?</p> <p>difficulté du trouble cognitif ou démence</p> <p>l'unité protégée</p> <p>C'est con à dire, mais on a du mal à se dire qu'un vieux, c'est encore sexuellement actif.</p>	<p>l'unité Alzheimer</p> <p>démences,</p> <p>des troubles cognitifs</p> <p>Et la plupart, c'est deux résidents de cette unité-là qui décident euh d'avoir des relations, qui se créent un lien un peu affectif, amoureux, soit parce qu'ils reconnaissent dans l'autre, ils pensent que c'est leur conjoint.</p> <p>Donc, le jour où tu as la femme du monsieur qui vient, il faut que les filles elles puissent se dire: On va peut-être éviter qu'au moment où elle arrive, la dame, lui, qui soit en train de bécoter l'autre. Sinon compliqué</p> <p>la gestion des relations sexuelles de deux personnes qui ne sont pas ensemble euh... avec les conjoints respectifs</p> <p>n'ont plus d'inhibition, qu'ils n'ont plus la capacité de se dire que ça, bah ça se fait pas en public,</p> <p>résidente qui va, par exemple, faire une fellation à un de nos résidents dans le couloir.</p> <p>Consentants</p> <p>faut les orienter vers une chambre</p> <p>bien surveiller qu'à un moment donné, le consentement ne s'inverse pas.</p> <p>La dame ayant déjà des troubles cognitifs importants, il y a un jour, elle était plus consentante, elle voulait plu espaces privés</p> <p>désinhibitions physiques, verbales à tendance sexuelle</p> <p>familles</p> <p>préserve aussi euh la confidentialité et la vie privée du monsieur</p> <p>Après tous les couples que j'ai, il y a un déséquilibre entre les troubles de l'un et de l'autre.</p> <p>Ils ont pas de... de demandes</p> <p>De toute façon, tout résident peut fermer sa chambre à clé.</p>

		<p>que bah il se masturbait mais quelque part il manquait un peu d'imagination</p> <p>Euh mais surtout, on fournirait des capotes aux petits vieux, c'est-à-dire que euh ils auraient peut-être pas honte de nous dire qu'ils ont une vie sexuelle et on leur dirait: mettez une capote quand même hein</p> <p>Et en plus, par le fait de les priver de ça, de priver de la discussion, de constamment euh... humilier ou euh vraiment dénigrer l'activité sexuelle, on peut se retrouver face à des violences sexuelles qui ne seront pas dénoncées par les victimes parce que quelque part, bin c'est sale, vous êtes responsable.</p> <p>parle même simplement d'affection, simplement se tenir par la main</p> <p>touche à l'intime</p> <p>il y a des résidents qui ne voudront jamais en parler</p> <p>On leur laisse plus le droit d'avoir un avis que quand on leur dit: Comme vous voulez</p> <p>Mais parce qu'on leur impose des trucs</p> <p>De toute façon, comme on leur impose des trucs sans leur demander leur avis et euh qu'on prend pas en considération leur goût à l'origine, au bout d'un moment, ils laissent tomber.</p> <p>Oui, mais on les écoute pas !</p> <p>projets de vie,</p> <p>Ben pourquoi tu n'en as pas pris plus ? Parce qu'ils ne veulent pas venir Pourquoi tu ne leur as pas imposé ? Ils ne veulent pas venir. Ça allait très sortir de leur chambre</p> <p>Oui, effectivement, pour parler de l'EHPAD en général, c'est très dur de leur demander ce qu'ils veulent parce qu'on leur a tellement empêché de faire ce qu'ils voulaient que pour eux, c'est</p>		<p>on peut nous euh former les soignants à ce que quand leur chambre est fermée à clé, on les laisse.</p> <p>Tu rentres en institution, donc déjà, tu peux être sûr que tout ce que tu as, ta routine occupationnelle d'avant, elle est pétée</p> <p>Ça oui, mais il y a jamais personne qui aurait voulu leur demander: Ça va votre sexualité ? Tu vois ? Donc c'est presque à 90 piges (rire)... qu'on va s'intéresser pour la première fois à: Tient, vous arrivez à faire ça ? Vous arrivez encore bien ? Comme vous le souhaitez ?</p>
--	--	--	--	---

		même plus légitime d'avoir des envies		
<p>Thème 2 : Les facteurs de privation occupationnelle sur le plan de la sexualité des résidents</p>	<p>vit en collectivité c'est pas toujours facile quoi</p> <p>facteur environnemental</p> <p>côté collectif.</p> <p>Soignants</p> <p>ne pas avoir le confort qu'on avait chez soi</p> <p>qu'au niveau de l'installation</p> <p>capacités de la personne à pouvoir le faire encore</p> <p>toujours les capacités de faire ce qu'elle veut</p> <p>personne extérieure fasse irruption dans la chambre pendant ce moment là quoi.</p> <p>c'est vrai que la sexualité en EHPAD... pleins de gens sont mal à l'aise pour en parler quoi.</p> <p>T'as pleins de résidents qui en parlent pas du tout</p> <p>Intime</p> <p>C'est eux qui l'ont abordé en fait</p>	<p>il nous a été demandé de voir avec eux comment modifier le lit, on a simplement changer de matelas à air parce que je déconseille très sincèrement toutes activités sexuelles sur un matelas à air, ça risque de chute.</p> <p>On a changé le matelas, on a modifié un peu la position du lit, on a pris une canne au lit. On a appris au Monsieur en fait de monter dans le lit euh pour euh rejoindre Madame, puisque elle en fait était totalement dépendante des soignants pour ses transferts.</p> <p>c'était complètement admis et complètement normal que ces gens aient des envies sexuelles, des besoins sexuels quel qu'ils soient, que ce soit euh....</p> <p>Des actes sexuels avec une personne ou individuel</p> <p>dans cette ambiance là, les patients étaient parfaitement, les résidents étaient parfaitement capable de venir nous parler de choses et de nous demander des choses, si c'était bien mis en place, s'il fallait des ajustement ou pas</p> <p>médecin chef était très clairement orienté manif pour tous</p> <p>c'est-à-dire que la sexualité c'est quelque chose de purement procréatif au sein d'un couple légitime et purement marié devant Dieu et que en dehors de ça, c'est sale c'est caca faut pas en parler. Et comme y'avait un espèce de tabou dans cet EHPAD par rapport au sexe</p> <p>Mais ça a fait un scandale montre et y'a des soignants qui ont demandé à ce qu'on donne un traitement au monsieur pour casser son désir sexuel.</p> <p>des filles qui expliquaient très clairement que c'était inadmissible de faire ça 7 fois par jour et</p>	<p>Est-ce qu'on éloigne les chambres ou pas ?</p> <p>on les a mis à deux extrémités</p> <p>famille</p> <p>Déjà, ce n'est pas du tout le même en termes d'environnement, ce n'est pas du tout la même chose</p> <p>Euh, la privation occupationnelle, hormis de la sexualité, elle commence à partir de l'institutionnalisation</p> <p>Ils sont perturbés au niveau de l'environnement</p> <p>pas la même intimité qu'on a quand on est chez soi</p> <p>Mais arrivé en Ehpad, il y a des heures où se lever, il y a des heures où se coucher</p> <p>le manque de connaissance, c'est le tabou, clairement, qu'il y a autour de la sexualité bah... et la gêne que ça peut occasionner auprès des soignants, bah le sujet n'est pas abordé et n'est pas traité.</p> <p>aucun document qui aborde la sexualité sur un papier d'entrée en institution quoi</p> <p>Et souvent c'est même pas eux qui remplissent les papiers avec le projet de vie, mais la famille.</p> <p>ce qui a été mis en place en équipe, ça participe en final à la restriction occupationnelle sur le plan de la sexualité, parce que ça reste un contexte délicat</p> <p>l'entretien d'entrée ou même sur le dossier d'admission</p> <p>plan de soin, il y a un temps</p> <p>routine quotidienne</p> <p>monde de la santé, en tout cas du paramédical, de la santé en général, finalement, c'est un sujet qui reste encore très.. très.. très absent</p> <p>très tabou</p>	<p>Vous avez dit de les laisser tranquille. Maintenant, c'est fini. On les sépare. Si on voit qu'il vient vers elle, vous les séparez, vous le recentrez dans sa chambre à lui.</p> <p>séparation physique entraîne la privation occupationnelle.</p> <p>ils ne dorment plus ensemble et ne se voient plus la journée, euh il n'y a que des visites ponctuelles. Mais bon, les visites ponctuelles, généralement, quand c'est des personnes âgées, hum les femmes ou les maris ne viennent pas seules. C'est des personnes âgées, donc elles sont accompagnées par des enfants euh voilà.</p> <p>Et encore plus, dans l'unité Alzheimer parce que quand il y a des troubles cognitifs, la personne ne reconnaît pas forcément son conjoint ou quand elle vient, elle n'est pas forcément...</p> <p>femme ou le mari a été proche-aidant avant de le mettre en EPAD. Donc, il y avait déjà un... une intimité qu'ils avaient perdue</p> <p>Le fait déjà qu'ils soient séparés physiquement, il y a la privation occupationnelle.</p> <p>. Soit, tu as le couple qui rentre ensemble à l'EHPAD, mais qui ne sont pas dans la même chambre.</p> <p>Après, tu as les couples qui euh rentre dans la même chambre, mais conservent deux lits séparés</p> <p>qu'un état physique de l'un ne fait pas l'état physique de l'autre</p> <p>Là, l'environnement physique fait qu'il peut être difficile d'avoir des relations à type vraiment euh... Je pense que c'est une pénétration, tout ça. Deux personnages dans un lit de 90, ils peuvent le faire, mais ça peut être dangereux quand même.</p> <p>soit il y a une altération physique de l'un des deux, soit il y a une altération cognitive</p> <p>Et à un moment donné, l'un des deux, ses troubles ne tiennent plus et du coup, on les sépare d'unités</p> <p>séparation physique</p> <p>l'entrée entraîne une privation occupationnelle parce que généralement, ça entraîne une</p>

		<p>que donc il fallait absolument les séparer, les mettre chacun dans un service, leur expliquer que c'était pas bien.</p> <p>engueuler comme 2 gosses</p> <p>débat terrible entre il fallait absolument les séparer, les changer de service, leur interdire de se voir la nuit, limite les engueuler en les voyant se tenir la main. (personnes démentes)</p> <p>le patient demandait euh à ce que les cassettes soient mises dans le lecteur des cassettes, comme il ne pouvait pas le faire, on lui répondait ah non, c'est hors de question hein</p> <p>Elle avait tellement pas confiance dans l'équipe (résidente qui a subi des violences sexuelles)</p> <p>ne pas leur fournir de lubrifiants et de capotes, c'est aussi leur interdire la sexualité, puisque quelque part, on leur fait mal de manière consciente hein, en leur refusant de leur filer ce qu'il faut, on leur fait mal pour les punir d'avoir cette activité sexuelle et donc faire en sorte qu'ils ne recommencent pas</p> <p>limitation fonctionnelle</p> <p>Il va y avoir un souci aussi pour monter dans les lits.</p> <p>problématique liée à l'âge, c'est-à-dire les sécheresses, les sécheresses vaginales, les hyper ou hyposensibilités de la peau.</p> <p>Et euh et il va y avoir aussi une espèce de honte de la part des gens, des résidents qui l'expriment bien en disant : oh tu sais bien, s'ils ont un crush sur tel ou tel patient, c'est ceux qui ont encore la tête, ils vont pas y aller parce que quand même, ça se fait pas à leur âge.</p> <p>équipe hyper infantilissante et euh hyper culpabilisante</p> <p>représentations qu'on a nous-mêmes de la sexualité de la personne âgée en tant que personne âgée et la</p>	<p>Parce qu'effectivement, on manque extrêmement de connaissances sur euh</p>	<p>séparation physique des deux personnes qui sont dans le groupe, qui rentrent ensemble, mais qui ont été séparés ou qu'il y en ait qu'un des deux qui rentre à l'EHPAD.</p> <p>c'est que je pense que c'est encore des générations où ils parlent pas comme ça facilement de la sexualité.</p> <p>. C'est pas une demande qui émerge</p> <p>L'éducation. C'est l'éducation et la génération dans laquelle ils sont nés.</p> <p>Pudiques</p> <p>exigences un peu au niveau horaire</p> <p>l'entrée</p> <p>Est-ce qu'ils savent qu'ils ont droit ? Parce que je me dis, d'un coup, il y en a, ils le savent même pas.</p> <p>Occupation</p> <p>Personne</p> <p>l'environnement</p>
--	--	---	---	--

		<p>culpabilisation d'une équipe qui va préalablement vous dire: J'aimerais bien du lubrifiant, puis aller voir mon crush. Mon Dieu, c'est dégueulasse, ma petite dame ! c'est pas la réponse adéquate hein.</p> <p>Fin moi, j'ai vu des soignants séparer des gens qui, à table, se tenaient la main.</p> <p>si les équipes soignantes étaient beaucoup moins jugeantes et beaucoup mieux formées, les résidents se sentiraient beaucoup plus légitimes à en parler. Je pense qu'il y a la majorité du refus des résidents de parler de ce genre de choses qui vient en fait de euh la peur, qui, à mon avis, est vraie, de la réponse de l'équipe soignante en face qui va être insultante, infantilissante, humiliante</p> <p>familles (qui choisissent pour les parents)</p>		
<p>Thème 3 : L'utilisation d'un ou plusieurs modèles conceptuels</p>	<p>Je n'utilise pas de modèle parce que je trouve que c'est assez restrictif.</p> <p>je trouve ça peu adapté EHPAD</p> <p>assez restrictif quoi, ça nous enferme dans une pratique qui n'est pas forcément bonne pour la personne, pour le résident qu'on accompagne.</p> <p>l'indépendance et de l'autonomie</p> <p>Pouvoir faire les choses un maximum seul</p> <p>la vie quotidienne, autour voilà du confort, autour de la participation aux animations, de la participation aux euh travail de rééducation.</p>	<p>deuxième couche de la pyramide de Maslow fin, c'est nécessaire.</p> <p>remettre la personne au centre du soin et euh orienter toute notre prise en charge autour d'elle de ses demandes</p> <p>la MCO, la mesure occupationnelle canadienne</p> <p>l'autonomie et de l'autodétermination au maximum</p> <p>C'est quoi votre objectif à vous ? Qu'est-ce que vous, vous voulez ? Vous, vous voulez quoi ?</p> <p>déjà remettre le patient au cœur du truc et euh son autodétermination et ses choix.</p> <p>pousser au maximum son autonomie dans ses choix-là et dans ce qui est important pour lui</p> <p>Donc maintenant, qu'est-ce qui est important pour vous ? Qu'est-ce qu'on peut faire, nous, en ergothérapie ? Et comment vous pouvez, vous, choisir ce qui est important et ce qui est essentiel ? Et comment vous pouvez vous choisir ce qui est important et ce</p>	<p>MCRO parce que du coup ça englobe vraiment toutes les activités de vie quotidienne</p> <p>les éléments importants de la pyramide de Maslow, qui comprend la pyramide des besoins euh de l'homme</p> <p>MOH ça me permet de vraiment détailler euh chaque partie des occupations euh, que ce soit sur la motivation enfin la volition, les habitudes de vie, etc.</p> <p>MCRO pour dégrossir, on va dire, Les occupations qui sont importantes et qui sont importantes pour la personne et si elle a de la satisfaction à les faire et si elle est en capacité de les faire</p> <p>sur quel versant de cette activité et de cette occupation, la personne est en difficulté ?</p> <p>Ça me permet de détailler les occupations que j'aurais ciblées avec la MCRO</p> <p>L'occupationnel</p> <p>Du coup, ça me permet de déterminer si c'est plus l'environnement qui</p>	<p>je me base un peu plus sur le MOH que sur autre chose</p> <p>MOH, tu as les valeurs centres d'intérêt, valeurs, rôles tu as changé d'environnement complet.</p> <p>valeur et centres d'intérêt et de rôle du MOH</p> <p>bilan ELADEB</p> <p>Ça me permet de voir comment ils appréhendent leurs activités en général et leur état à eux</p> <p>sonde les centres d'intérêt et les loisirs</p> <p>Donc J'suis plus comme ça et j'essaie au maximum de faire du... On va dire occupation centrée, patient centré</p> <p>Donc j'essaie d'être le plus possible dans les occupations perdues, les occupations souhaitées et l'adaptation du coup euh des soins personnels</p>

		<p>qui est essentiel et comment vous pouvez le faire en autonomie ?</p> <p>Et j'estime que nous, en tant qu'ergo, notre travail, c'est ça, c'est d'écouter le patient et de le remettre au centre du truc</p> <p>C'était à la marge</p> <p>L'auto-détermination en EHPAD, c'est vraiment à la marge, mais c'est ce à la marge qui est important parce que c'est ce qui fait qu'ils vont pouvoir se dire: AHHHHH je suis quand même encore un être humain, je ne suis pas juste un objet de soi.</p> <p>Franchement, comme on a dit tout à l'heure avec ma collègue, on n'en connaît aucun des modèles, on ne l'utilise pas.</p>	<p>fait que madame, elle se sent pas à l'aise dans cet environnement pour le faire</p>	
<p>Thème 4 :</p> <p>Le positionnement du soignant dans l'abord de la sexualité avec le résident</p>	<p>Ca revient pas très souvent nan</p> <p>Euh bah moi en général j'en parle quand on m'en parle</p> <p>je n'en parle pratiquement jamais en premier quoi</p> <p>Alors moi je suis à l'aise pour en parler</p> <p>réfèrent au niveau projet accompagnement personnalisé et euh c'est ça qui fait que je vais la voir régulièrement et qu'on en parle souvent quoi. Parce que je sais qu'elle est à l'aise avec et moi aussi.</p> <p>une relation de confiance</p> <p>Notamment au niveau de la masturbation c'est arrivé euh où y'avait des résidents qui le faisaient devant les soignants. Donc euh la les soignants en question arrêtent le soin en cours et puis sortent de la pièce.</p> <p>Ah seul ! Seul</p>	<p>il a fallu effectivement avec la psychologue qu'on gère ça</p> <p>j'ai commencé vraiment sur des équipes qui euh parlaient du principe qu'à partir du moment où les deux partis étaient consentantes, la sexualité ne posait aucun soucis et que donc il était parfaitement normal que l'équipe soignante, alors plutôt l'ergothérapeute et la psychologue, interviennent pour favoriser les activités affectives et sexuelles de la personne.</p> <p>une demande des deux personnes, personne ne s'est opposé à ça.</p> <p>débat d'équipe sur comment on faisait</p> <p>on s'est relayés pour aller au sex shop chercher des locations de cassettes</p> <p>discussions qu'on avait en équipe</p> <p>le médecin a fini par me répondre: mais si c'était vos parents ? (par rapport à accepter sexualité des PA)</p>	<p>discuté en équipe</p> <p>action, on va dire euh collective avec l'équipe</p> <p>obligé de réprimander résidents par rapport aux consentements unité protégée</p> <p>Parler sexualité avec des personnes qu'on l'âge de mon grand-père, c'est à peu près, environ, c'est délicat</p> <p>génération, en tout cas, peut prendre euh... la discussion autour de la sexualité comme un manque de respect, comme euh bah clairement une intrusion dans leur intimité. Surtout les messieurs qui, pour une majorité, sont très pudiques à cet âge-là</p> <p>je pars toujours dans ma discussion sur ce qu'il faisait avant. Ce qu'il faisait avant en autonomie et de manière seule et de ce qu'il faisait avec sa femme ou son homme à domicile</p> <p>J'aborde pas ça directement en frontal</p> <p>Est-ce que vous, vous partagiez le même lit, etc. ?</p> <p>Je le fais pas en systématique.</p> <p>Génération</p>	<p>. À l'origine, la première fois que ça arrivait, leur premier réflexe c'était forcément de vouloir les séparer.</p> <p>Avec le psychologue on leur a expliqué que si les 2 étaient consentants, fallait les laisser avoir des relations</p> <p>le dire un peu à tout le monde transmissions</p> <p>Vraiment, on les laisse ? C'est pas grave ?</p> <p>quelque chose qu'elles ont l'habitude de gérer</p> <p>on fait en sorte que tous les jours, ils aillent voir leur conjoint</p> <p>on en parle avec le psychologue</p> <p>Je l'aborde pas</p> <p>Parce que si déjà tu sens qu'il y a une résistance au moment de l'entretien, fin en tout cas avec ceux que j'ai hein, si déjà tu sens qu'il y a une résistance au moment de l'entretien pour juste parler de leur vie, compliqué d'aborder la sexualité derrière.</p> <p>Je n'ai pas de gêne particulière pour aborder ça avec les résidents.</p> <p>Implicitement, directement, je leur demande: Est-ce qu'on voulait un lit, vous voulez dormir dans le même lit ? Est-ce que vous voulez deux lits séparés ? Ça, c'est fait</p>

	<p>relation de confiance euh libère un peu la parole</p> <p>Si la personne n'aborde pas le sujet, moi je ne l'aborderai pas.</p> <p>Enfin personnellement je trouve ça déplacer d'en parler si la personne ne l'aborde pas en premier. Je ne trouve pas ça approprier pour un soignant.</p> <p>l'écoute des résidents</p> <p>moi et la psychologue</p> <p>son expertise à apporter sur le comportement, sur les réponses apportées, quel cheminement il faut faire un niveau psychologique pour euh accepter la sexualité en établissement pour personnes âgées. (parle de la psychologue)</p> <p>très ouverts</p> <p>invité à échanger</p> <p>questions ouvertes</p> <p>climat de confiance et ça libère la parole</p>	<p>gros problème de formation sur la sexualité en France</p> <p>Mais ce que j'trouve encore plus catastrophique, c'est que nous, en tant que soignant, on n'a pas de cours sur la sexualité</p> <p>fait de notre manque de formation, du fait qu'on n'est pas à l'aise avec ça, sur les EPAD, l'acceptation ou non de la sexualité de la personne vient énormément des médecins en poste.</p> <p>équipe hyper infantilisante et euh hyper culpabilisante</p> <p>la mise en place d'aide technique, c'est-à-dire adapter le lit, mettre en place des aides au transfert, faire de la rééducation transfert pour que la personne y arrive, des trucs qui vraiment sont du pro-ergo pur</p> <p>de mettre en place avec la psychologue des espaces où ils pouvaient parler de ça avec nous,</p> <p>n'ai pas de problème de pudeur particulière et de pudeur sur le sujet</p> <p>Personnellement, ça me pose pas de problème de discuter de ce genre de choses avec des patients. Ça me pose pas de problème de mettre en place ce qu'il faut dans la mesure de mes moyens et de mes capacités.</p> <p>une relation de confiance</p> <p>Et par contre, je commence à être une vieille ergo, j'arrive à sentir le moment où la question va se poser et généralement, je fais mon plus beau sourire, je les regarde et je fais: Bon beh allez-y, posez-la moi, la question</p> <p>Dédramatise</p> <p>Je ne provoque pas la discussion parce qu'encore une fois, on est sur euh...sur l'image que se font les gens de leur propre sexualité et de leur sexualité en tant que personne âgée et provoquer la discussion peut les mettre beaucoup plus mal à</p>	<p>Je trouve qu'on est une génération qui est plus ouverte actuellement que celle qu'on trouve en Ehpad frein principal</p> <p>Délicat</p> <p>relation de confiance</p> <p>pas frontalement</p> <p>un peu des fois sur le ton de la blague</p> <p>je l'évoque seul</p> <p>d'homme à homme</p> <p>ça dépend avec qui le résident se sent le plus en confiance</p> <p>Mais en tout cas, je sais qu'il y a certains collègues qui l'abordent où moi, je passe le relais à certains collègues pour éviter justement des situations un peu délicates comme j'ai pu rencontrer.</p> <p>Oui, d'homme à homme ou de femme à femme</p> <p>Ça dépend où se situe la confiance du résident ou de la résidente. Ça peut faciliter comme ça peut freiner</p> <p>Et que du coup, il faut avoir un point de vigilance auprès de nos résidents les plus fragiles et sensibles</p>	<p>Je te dirais, jamais seule psychologue</p> <p>relation que tu as avec le résident, la relation thérapeutique</p> <p>alliance thérapeutique</p> <p>je trouve que c'est une problématique qui reste euh... qui me gêne pas à aborder, mais qui est dure à aborder avec ces générations-là.</p>
--	---	---	---	---

	<p>l'aise que de se dire: C'est bon, je vais pouvoir parler de ce que je veux.</p> <p>Et ça c'est pareil, y a un autre truc, il faut vraiment bien jauger le patient parce que le patient frontal, il faut clairement éviter de parler sex avec lui. Parce qu'il faut vraiment avoir une bonne relation au départ avec le patient. Il faut qu'il connaisse parfaitement les limites qu'il peut franchir et pas franchir.</p> <p>avoir cadré au départ pour que ce soit vraiment des questions légitimes et pas des tentatives de mettre l'ergo très, très, très mal à l'aise en parlant de trucs bien salaces, juste pour voir si on me rougit.</p> <p>pour une ergo plus jeune ou qui a moins l'expérience ou juste qui a jamais travaillé avec ce type de personne, il faut d'abord hyper cadrer avant de parler sexualité avec des patients frontaux, parce que ça part vraiment très vite en cacahouètes.</p> <p>On devrait vraiment vraiment vraiment avoir des cours là-dessus, à la fois des cours théoriques sur la sexualité et machin, et des cours pratico-pratiques.</p> <p>avoir un module sur la sexualité</p> <p>être formés au repérage des agressions sexuelles</p> <p>Psychologue</p> <p>J'ai peur que si je rajoute un tiers, ce soit euh fini, je perds la relation de confiance.</p> <p>C'est quand même quelque chose qui nécessite, avant toute chose, d'avoir une excellente relation de confiance avec la personne</p> <p>on a vraiment suffisamment une relation de confiance avec eux, qu'ils se sentent suffisamment à l'aise, ils le disent</p> <p>Et là, le mieux, c'est de faire de l'écoute active</p>		
--	--	--	--

		<p>Tisane (cadre rassurant)</p> <p>On est dans un système où le soignant est surpuissant. Ça n'a rien à voir avec la sexualité, pour le coup, mais ça fonctionne aussi sur peut-être un peu cet accès à la sexualité, où on est surpuissant, on sait ce qui est bon pour eux et on va leur expliquer ce qui est bon pour eux.</p>		
<p>Thème 5 : La connaissance du modèle EX-PLISSIT</p>	<p>c'est pas parce qu'elle parle de ça une fois que ça y est c'est ouvert à tous les thèmes et échanges autour de ça.</p> <p>C'est ça ! c'est de voir où est-ce qu'elle veut aller elle et puis de l'accompagner sur ça. Et pas à dire c'est bon on en a parlé donc on peut faire ce qu'on veut quoi.</p> <p>Pas de connaissance du modèle</p>	<p>dans ce cas la je l'ai orienté chez la psychologue</p> <p>espace de paroles libres, beaucoup plus la psychologue que moi d'ailleurs pour le coup.</p> <p>Si très clairement, je ne peux pas y répondre, que je n'ai pas la réponse ou les capacités ou le matériel ou quoi que ce soit dont vous avez besoin, je ferai en sorte de vous orienter sur la bonne personne pour que vous ayez cette réponse.</p> <p>souvent, on en discutait entre nous avant et on voyait avec le patient comment il voulait gérer le truc. Est-ce que vous voulez qu'on en parle bien ? Est-ce que vous voulez en parler qu'avec moi ? Est-ce que vous voulez plutôt aller voir la psychologue ?</p> <p>Effectivement, de revalider jusqu'où on peut aller dans le questionnement et de passer les limites et de mettre tout le monde mal à l'aise.</p> <p>pouvoir mettre des stop</p> <p>Ne connaît pas le modèle</p>	<p>je délègue à une collègue</p> <p>Il peut y avoir des groupes sur le consentement qui peuvent être créés.</p> <p>Je le connais, je l'ai vu en cours</p> <p>je pourrais même le partager limite à mes collègues,</p> <p>mais même à passer la main à d'autres soignants</p> <p>gêne</p> <p>m'as défini, ça peut être quelque chose d'intéressant et sûrement même d'efficace euh. Après, le bilan, je le connais pas en détail, mais le biais, ce serait, comme je l'ai dit, les troubles cognitifs</p> <p>Connait le modèle uniquement de nom</p>	<p>Donc, si on sait qu'il y a l'un des deux qui a une plus forte alliance thérapeutique, Vas-y, va essayer de voir s'il y a un trou à gratte</p> <p>entretiens</p> <p>questionnaires</p> <p>l'ELADEB</p> <p>mettre le sujet sur la table, déjà. Mettre le sujet sur la table</p> <p>l'entretien, par des questions verbales</p> <p>Non (ne connaît pas le modèle, hormis de nom)</p> <p>On regarde, on évalue, on agit et on réévalue, voir si on a eu des effets, est-ce qu'il faut qu'on continue, tout ça. Mais je pense que l'avantage qu'il y a de ce truc-là, c'est les parties consentement.</p> <p>.... Parce que si je me sens pas compétente, comme dans n'importe quel truc, on peut orienter vers d'autres professionnels</p>

Privation occupationnelle en EHPAD, l'accompagnement en ergothérapie sur le plan de la sexualité des personnes âgées en institution

BOUCKAERT Elise

Résumé : L'épanouissement sexuel des séniors peut se retrouver perturbé une fois ces derniers institutionnalisés. Divers facteurs peuvent engendrer la privation occupationnelle sur le plan de la sexualité des résidents, impactant ainsi leur bien-être et leur santé sexuelle. L'objectif de cette recherche est d'identifier l'intérêt de l'accompagnement en ergothérapie dans la lutte contre la privation occupationnelle à l'égard de la sexualité de la personne âgée en EHPAD. À la suite du choix de la méthode qualitative, quatre entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes ont été menés afin de recueillir leurs expériences. L'analyse thématique des résultats a permis de souligner l'impact des représentations sociales de la sexualité sur les occupations affectives et sexuelles des résidents en EHPAD, ainsi que le manque de formation des ergothérapeutes sur l'accompagnement à cette dernière. Le tabou autour de la sexualité en France, et la méconnaissance d'outils en ergothérapie d'accompagnement à la sexualité posent les limites de ce sujet.

Mots clés : privation occupationnelle, sexualité, personne âgée, EHPAD, ergothérapie.

Occupational deprivation in nursing home, occupational therapy support in the sexuality of elderly people in nursing home

Abstract: Seniors sexual fulfillment can be disturbed once institutionalized. Various factors can cause occupational deprivation of sexuality residents, consequently affecting their well-being and their sexual health. The purpose of this dissertation is to identify the impact of occupational therapy (OT) support in the struggle against occupational deprivation among seniors in nursing home. A qualitative method with a hypothetico-deductive approach was chosen. Four semi-structured interviews with OTs were carried out in order to gather their experiences. Thematic analysis of results highlighted the impact of social representation of sexuality on affective and sexual occupations of nursing home residents, but also the lack of OT training in sexuality support. Finally, sexuality which is a taboo in French culture, and the unfamiliarity with OT tools for supporting sexuality are the limits of this study.

Keywords: occupational deprivation; sexuality; seniors; nursing home; occupational therapy.