



**Cofinancé par
l'Union européenne**

Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés par l'Union européenne et la Région Réunion.
L'Europe s'engage à la Réunion avec le Fonds social européen plus (FSE+).

INSTITUT REGIONAL DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Adresse postale : CS 81010 – 97404 Saint-Denis Cedex

Tél : 0262 90 91 01 – Fax : 0262 90 87 78 – Email : sec.ife@asfa.re

L'accompagnement de la vie affective et sexuelle de la personne âgée en ergothérapie

Étudiante : Hoareau Chantal

Directrice professionnelle : TOURNON Mégane

Directrice scientifique : BANCALIN Jessica

Formatrice référente : DOMENJOURD Sophie

Mémoire de fin d'études – Diplôme d'Etat d'ergothérapeute
Promotion 2021 – 2024



Cofinancé par
l'Union européenne

Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés par l'Union européenne et la Région Réunion.
L'Europe s'engage à la Réunion avec le Fonds social européen plus (FSE+).

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussignée,

Nom : Hoareau

Prénom : Chantal

Inscrite en 3ème année à l'Institut Régional de Formation en Ergothérapie dans la promotion 2021- 2024, n° de carte d'étudiant : **NJ01237005**,

- Déclare avoir pris connaissance de la charte du bon usage des ressources utilisables dans le cadre des travaux individuels et collectifs.
- Déclare avoir pleinement conscience que le non-respect manifeste des règles édictées dans la charte pourra entraîner l'attribution d'une note égale à 0.
- Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité.
- Certifie n'avoir ni recopié ni utilisé sans les mentionner des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article, mémoire ou tout autre document, disponible en version imprimée et/ou électronique.
- Déclare avoir pleinement conscience de ce qu'est le plagiat.
- Déclare avoir pleinement conscience que tout plagiat est assimilé à une fraude et peut impliquer la saisine du conseil de discipline de l'IRFE et la déclaration de sanctions pouvant aller jusqu'à l'exclusion de l'IRFE.

Fait à Saint Denis

Le 13 mai 2024

Signature :

DROITS D'AUTEUR



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** » disponible en ligne :

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



**Cofinancé par
l'Union européenne**

Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés par l'Union européenne et la Région Réunion.
L'Europe s'engage à la Réunion avec le Fonds social européen plus (FSE+).

INSTITUT REGIONAL DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Adresse postale : CS 81010 – 97404 Saint-Denis Cedex
Tél : 0262 90 91 01 – Fax : 0262 90 87 78 – Email : sec.irfe@asfa.re

AUTORISATION DE DIFFUSION POUR L'IRFE

Je soussignée Hoareau Chantal,
étudiante en ergothérapie de l'Institut Régional de Formation en Ergothérapie de la
Réunion (IRFE), auteure du mémoire de fin d'étude intitulé :

**L'accompagnement de la vie affective et
sexuelle de la personne âgée en ergothérapie**

Autorise l'Institut Régional de Formation en Ergothérapie de la Réunion (IRFE) à
permettre la consultation de mon mémoire manuscrit.

Cette autorisation est donnée dans le cadre mon Institut Régional de Formation en
Ergothérapie, qui prévoit que les travaux qui auront une note à l'écrit supérieure ou
égale à 15/20 par le jury par le jury de soutenance dans le cadre du diplôme d'État seront
disponible au sein de l'IRFE de Saint-Denis.

Fait à Saint-Denis

Le 13 mai 2024

Signature



Cofinancé par
l'Union européenne

Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés par l'Union européenne et la Région Réunion.
L'Europe s'engage à la Réunion avec le Fonds social européen plus (FSE+).

INSTITUT REGIONAL DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Adresse postale : CS 81010 – 97404 Saint-Denis Cedex
Tél : 0262 90 91 01 – Fax : 0262 90 87 78 – Email : sec.irfe@asfa.re

AUTORISATION DE DIFFUSION POUR L'ANFE

Je soussignée Hoareau Chantal,

étudiante en ergothérapie de l'Institut Régional de Formation en Ergothérapie de la Réunion (IRFE), auteure du mémoire de fin d'étude intitulé :

L'accompagnement de la vie affective et sexuelle de la personne âgée en ergothérapie

Autorise l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes) à :

- Permettre la consultation de mon mémoire sur la plateforme de son site Internet www.anfe.fr
- Permettre le téléchargement de mon mémoire via ce site.

Cette autorisation est donnée dans le cadre de la convention signée entre l'ANFE et l'IRFE, qui prévoit que les travaux qui auront eu une note à l'écrit supérieure ou égale à 15/20 par le jury de soutenance dans le cadre du diplôme d'Etat seront mis en ligne sur le site de l'ANFE par la direction de l'IFE.

Cette autorisation vaut acceptation de renoncer à tout règlement de droit d'auteur concernant la publication et la diffusion numérique dudit mémoire.

Fait à Saint-Denis,

Le 13 mai 2024

Signature

PLAN

INTRODUCTION	1
CADRE THÉORIQUE	3
I.1. Le sujet âgé et généralité	3
I.1.1) Epidémiologie et espérance de vie.....	4
I.1.2) Catégorisation des âges.....	4
I.1.3) Vieillesse.....	5
I.1.3.1) Trois types de vieillesse selon la gériatrie.....	7
I.1.4) Répercussion physiologique du vieillissement	7
I.2 Qualité de vie du sujet âgé	10
I.2.1) Généralités.....	10
I.2.2) Qualité de vie du sujet âgé.	11
I.3 Santé sexuelle	11
I.4. Santé sexuelle et qualité de vie chez le sujet âgé	13
I.4.1) La vie affective du sujet âgé.....	14
I.4.2) La vie sexuelle du sujet âgé.....	14
I.4.2.1) L'onanisme.....	15
I.4.3) La sexualité.....	15
I.4.4) Cadre légal de la vie affective et sexuelle en institution.....	15
I.4.5) Les risques potentiels de la non prise en compte de la vie affective et sexuelle de la personne âgée en institution	17
I.5 Ergothérapie et vie affective et sexuelle	18
I.5.1) Généralité sur l'ergothérapie.....	18
I.5.2) Mesure Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel.....	20
I.5.3) L'accompagnement de la personne âgée dans sa vie affective et sexuelle selon le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupation (MCREO).....	22
I.5.4) La posture de l'ergothérapeute.....	24
I.5.5) L'enjeu d'une collaboration pour l'ergothérapeute.....	24
II. Etat des lieux, des problématiques identifiées par les ergothérapeutes	26
III. Problématisation	28
IV. Cadre réflexif	30
IV.1) Méthodologie de recherche	31
IV.1.1) Les objectifs de l'enquête.....	31
IV.1.2) Choix de la population.....	33

IV.1.3 Lieux de l'enquête.....	33
IV.1.4 Choix de l'outil de l'enquête.....	34
IV.1.5) Le questionnaire comme outil d'enquête quantitative.....	34
IV.1.6 Méthode d'analyse des données	36
IV.1.7 Données éthiques et protocole au regard de la Loi Jardé.....	36
V.2) Analyse des résultats.....	37
V.1) Description de l'échantillonnage.....	37
V.2) Présentation et analyse des résultats bruts du questionnaire.....	39
V.3) Analyse globale de l'enquête.....	49
V.3) Interprétation des résultats.....	52
V.4) Discussion.....	58
V.4.1) Perspective et positionnement professionnel.....	58
V.4.2) Analyse réflexive.....	60
V.4.3) Les limites de l'étude.....	61
V.4.4) Les points forts.....	63
Conclusion.....	64
Référence.....	66
ANNEXE.....	74
Annexe 1 : Classification des modèles selon Marie-Chantal Morel-Bracq	74
Annexe 2 : Questionnaire à destination des ergothérapeutes de l'île de la Réunion et de la France hexagonale.....	75
RÉSUMÉ (247 mots).....	85
ABSTRACT (234 word).....	86

TABLES DES FIGURES

Figure 1 : Le processus de la qualité de vie de Calman (1984).....	13
Figure 2 : Le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de Participation (MCRO-P).	21
Figure 3 : Exemple d'occupations selon le modèle MCREO.....	22
Figure 4 : Enquête exploratoire auprès des ergothérapeutes – Production personnelle.....	26
Figure 5 : Lieux d'exercice des ergothérapeutes interrogés.....	39
Figure 6 : Pourcentage de répondant qui accompagne les personnes âgées dans la vie affective et sexuelle.....	39
Figure 7 : Moyenne (%) par établissement des ergothérapeutes qui accompagnent les personnes âgées dans leur vie affective et sexuelle.....	39
Figure : 8 : L'influence de l'année d'obtention du diplôme sur l'accompagnement de la vie affective et sexuelle de la personne âgée.....	40
Figure 9 : Moyenne (%) par nombre d'année d'expérience des ergothérapeutes dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle du sujet âgé.....	40
Figure 10 : Moyenne (%) des personnes qui abordent en premier la vie affective et sexuelle.....	41
Figure 11 : Moyenne (%) des ergothérapeutes sur la connaissance des modèles conceptuels.....	42
Figure 12 : Moyenne (%) difficultés des personnes âgées dans les occupations en lien avec la vie affective et sexuelle.....	43
Figure 13 : Moyenne (%) des modèles de pratiques utilisés par les ergothérapeutes.....	44
Figure 14 : Moyenne (%) changement au niveau engagement occupationnel de la personne âgée après intervention de l'ergothérapeute.....	44
Figure 15 : Moyenne (%) des différents obstacles dans l'accompagnement de la personne âgée dans la vie affective et sexuelle.....	45
Figure 16 : Moyenne (%) des ergothérapeutes qui identifient les limites dans leurs accompagnements.....	45
Figure 17 : Moyenne (%) des évaluations de la qualité de vie dans le domaine de la vie affective et sexuelle	46
Figure 18 : Les différents professionnels qui collaborent avec l'ergothérapeute sur le thème de la vie affective et sexuelle du sujet âgé.....	46
Figure 19 : L'influence de la formation « vie affective et sexuelle » et les ergothérapeutes diplômés récemment.....	47

Figure 20 : Justification des ergothérapeutes n'ayant pas eu de formation sur la vie affective et sexuelle.....	48
Figure 21 : Moyenne (%) d'ergothérapeutes qui souhaitent être formé sur la vie affective et sexuelle.....	48
Figure 22 : Les moyens mis en place par les ergothérapeutes.....	50

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les critères d'éligibilité pour recruter des ergothérapeutes.....	33
Tableau 2 : Les neufs pôles de questionnements.....	35
Tableau 3 : Renseignement concernant la population de l'étude.....	38

LISTE DES ABREVIATIONS

ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes

ANESM : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

AOTA : American Occupational Therapy Association

DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ESSMS : Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

ETP : Éducation thérapeutique du patient

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

HAS : Haute Autorité de Santé

INED : Institut National d'Études Démographiques

INSEE : Institut Nationale de la Statistique et des Études Economiques

MHAVIE : Mesure des habitudes de vie

MIF : Mesure d'Indépendance Fonctionnelle

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

MCRO : Modèle Canadien du Rendement Occupationnel

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

WAS : World Association of Sexology

WHOQOL : World Health Organization Quality of Life

La revue francophone de recherche en ergothérapie en 2020 met en lumière des études qui ont démontré que les ergothérapeutes rencontraient des difficultés à intégrer le sujet de la sexualité dans leur pratique. De ce fait, n'aborde pas ou très peu la sexualité auprès de leurs patients. (L'écuyer, Auger, & Brousseau, 2020). Cependant « la sexualité est une occupation qui contribue à la santé, au bien-être et à la vie affective et doit être abordée auprès de tous types de personnes avec des douleurs chroniques, des personnes âgées [...] » (L'écuyer, Auger, & Brousseau, 2020, p.14).

L'ergothérapeute apporte donc toute son attention sur l'importance de la signification des activités de la vie quotidienne de la personne qu'elle accompagne et la vie affective et sexuelle en fait partie. Selon, l'American Occupational Therapy Association (AOTA) les activités sexuelles sont définies comme « "l'engagement" dans des activités qui mènent à une satisfaction sexuelle et/ou qui répondent à des besoins relationnels ou reproductifs » (*Ibid.*, p.14).

« La sexualité est encore un sujet tabou » (Gauillard & Lefebvre des Noëttes, 2015, p.741) et sensible. Selon Trautmann (2008), elle est décrite comme un sujet gênant, délicat et lié à l'intimité. Bien souvent, elle s'accompagne de jugement en considérant que la personne en situation de handicap n'a pas droit à une vie sexuelle épanouie (Trautmann, 2008, cité par Combeau & Daure, 2022).

Selon Delville *et.al.*, (1997), les questions de la vie affective et sexuelle sont importantes dans la vie de chacun, mais malgré cela, nous constatons encore aujourd'hui que les tabous dans ce domaine persistent et sont loin d'être levés.

En effet, dans ma vie professionnelle des moments comme l'accompagnement d'une personne en situation de handicap ont guidé ma réflexion vers ce sujet. Ayant une expérience professionnelle en tant qu'aide-soignante dans un Centre hospitalier, je n'étais pas assez outillée et mal à l'aise, pour répondre aux questionnements d'un patient âgé de 68 ans présentant une hémiparésie partielle qui rencontrait des difficultés dans sa vie affective et sexuelle.

Au-delà de cette expérience professionnelle, un premier stage en ergothérapie en Service de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) et un deuxième stage en Lieux de vie m'ont permis de constater que les ergothérapeutes n'abordaient pas le sujet de la vie affective et sexuelle avec leurs patients en situation de handicap, et cela, quel que soit leur âge.

Quelques données significatives viennent contredire nos idées préconçues, selon lesquelles la question de la vie affective et sexuelle de la personne âgée ne devrait pas être abordée, car les sujets n'en éprouvent pas le besoin. Une enquête réalisée auprès des personnes âgées de soixante ans et plus, et publiée en septembre 2022 par les Petits Frères des Pauvres, montre

qu'« un Français âgé sur deux considère que l'on devrait plus parler de la vie intime/sexuelle des personnes âgées. Alors que la sexualité est un tabou dans notre société, 84% des personnes âgées de 60 ans et plus interrogées disent être à l'aise sur le sujet » (Petits Frères des Pauvres, 2022, p.45).

Et enfin, 66% des personnes âgées disent qu'il n'y a pas d'âge limite pour avoir une relation intime et sexuelle (Petits Frères des Pauvres, 2022).

En me plaçant en tant que future ergothérapeute, et à travers ce constat, je me suis interrogée sur l'apport de l'ergothérapeute sur cette thématique dans sa pratique. Afin de comprendre l'importance d'aborder la question de la vie affective et sexuelle de la personne âgée, ma question de départ sera la suivante :

Quelle est la place de l'ergothérapeute au sein du processus d'accompagnement, dans la vie affective et sexuelle de la personne âgée ?

Ce manuscrit s'articulera en plusieurs parties. Dans un premier temps, nous présenterons les bases théoriques incluant la personne âgée et les caractéristiques liées au vieillissement, ainsi que la qualité de vie et la vie affective et sexuelle. Comme finalité, l'accompagnement du sujet âgé en ergothérapie, qui sera enrichi en parallèle au Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO). Ensuite nous présenterons ensuite la problématisation de notre étude. Enfin nous initierons une démarche réflexive.

I.1. Le sujet âgé et généralité

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une personne devient âgée à partir de 60 ans¹. Au-delà, les personnes âgées de 80 ans et plus sont caractérisées comme, étant du « grand âge » à l'intérieur même des catégories des personnes âgées.²

Selon Ennuyer (2011), la personne âgée définie par l'Institut Nationale de la Statistique et des Études Economiques (INSEE) est à partir de 65 ans. Toutefois, elle définit pour les personnes âgées de soixante ans et plus à l'accès au droit pour l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) (*Ibid.*). Cela est considéré comme l'âge symbolique, car ancré dans les mœurs.

Cependant, Dagmar Soleymani, spécialisée en communication et management à l'international, avec un accent sur l'économie sociale et solidaire, la santé publique et les établissements de santé, précise « qu'il n'existe pas de personne âgée "type" » (Berrut, Campéon, Soleymani, 2018, p.9). En effet, une personne de trente ans peut rencontrer un déclin physique et/ou mental et ne pas avoir la capacité d'agir dans son environnement, alors qu'une personne âgée de quatre-vingts ans peut avoir encore des capacités physiques et/ou mentales bien supérieures à des sujets plus jeunes (Berrut, Campéon, Soleymani, 2018).

De plus, les auteurs affirment que « l'hétérogénéité de l'état de santé de la population âgée s'explique par le parcours de vie, le genre, l'environnement social et économique, le lieu de résidence, les différentes générations auxquelles appartiennent les personnes âgées, la culture » (Berrut, Campéon & Soleymani, 2018, p.9).

Cette transition épidémiologique nous amène, selon l'Institut National d'Études Démographiques (INED), « à une transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents » (INED, 2023).³

Aussi, parmi ces différentes définitions de la personne âgée, nous avons choisi de prendre celle de l'OMS pour notre étude. En effet, les données épidémiologiques de l'Observatoire Régional

1 OMS. (1989). La santé des personnes âgées. https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

2 OMS. (1989). La santé des personnes âgées. https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

3 INED. (2023). Transition épidémiologie. Consulté le 25 juillet 2023 à <https://www.ined.fr/fr/lexique/transition-epidemiologique/>

de la Santé (ORS) à la Réunion montrent que d'ici 2050, 65 100 personnes âgées de 60 ans plus seraient en perte d'autonomie contre 23 300 personnes en 2015⁴. Nous pouvons sous-entendre qu'environ 41 800 personnes âgées de 60 ans et plus auront besoin d'être accompagnées et soutenues dans leurs occupations et possiblement dans leur vie affective et sexuelle.

I.1.1) Épidémiologie et espérance de vie

En 2022, la France comptait 68 millions d'habitants, dont 2,2 millions dans les DOM⁵. L'espérance de vie des Français en 2022 atteignait l'âge de 85,2 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes, des niveaux proches de 2021.⁶ À titre de comparaison, l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques, note que l'espérance de vie des Français en 2000 atteignait l'âge de 82,9 ans pour les femmes et 75,2 ans pour les hommes.⁷

Les principales raisons de cette évolution de l'espérance de vie peuvent s'expliquer par un meilleur accès et un suivi médical grâce au système de protection sociale, à un meilleur accès à différents professionnels de santé, comme les médecins, les spécialistes et autres professionnels de santé, aux différents produits de santé (médicaments), aux équipements de santé et également au progrès de la médecine (Vie publique, 2016). Cette croissance s'explique également par l'avancée en âge des générations des baby-boomers nées à la fin de la Seconde Guerre mondiale (Trouvé, 2009).

I.1.2) Catégorisation des âges

Selon Ennuyer (2011), il y a trois catégories d'âges : l'âge civil, l'âge social et l'âge biologique.

- L'âge civil, l'âge chronologique ou calendaire fait référence à notre âge actuel qui débute dès la naissance. Il reflète notre vieillissement personnel.
- L'âge biologique fait référence à l'expérience du vieillissement qui est propre à chaque individu et fait référence à son état de santé. En effet, la sénescence de nos cellules est programmée de manière génétique depuis notre naissance, et nous avons peu de contrôle dessus. Les conséquences de cette sénescence peuvent se traduire par de la

4 ORS. (2021). Personnes âgées et autonomies à la Réunion. <https://www.ors-reunion.fr/lettre-no28-8-octobre-2021.html>

5 INSEE. (2023). Bilan démographique 2022. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6687000>

6 INSEE. (2023). Bilan démographique 2022. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6687000>

7 INSEE. (2020). Tableau de l'économie française. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>

fatigue dans les actes de la vie quotidienne dus à l'arthrose, l'ostéoporose ou des troubles cognitifs qui peuvent entraîner un handicap et donc accélérer le vieillissement.

- L'âge social renvoie à catégoriser les personnes par rapport à leur âge. Ce sont des personnes âgées que la société ne considère pas comme des personnes âgées ou des « *vieux* » biologiquement (Ennuyer, 2011, p.140).

Cependant, Leloutre (2013, p.7), souligne qu'il y a des caractéristiques physiques et physiologiques propres à la personne âgée dans la société : « avec des cheveux blancs, des rides, le dos voûté, la vue, l'ouïe et l'audition moins performante, pertes de densité osseuse [...] ».

Parallèlement, l'Organisation Mondiale de la Santé (1989), distingue l'aspect économique qui signifie que les personnes âgées sont définies comme telles, dès qu'elles sont à la retraite (OMS, 1989). Néanmoins, beaucoup d'entre elles restent encore actives et « contribuent indirectement à l'économie du pays [...] en se consacrant au bénévolat. » (OMS, 1989, p.7).

Enfin, il existe une quatrième catégorie d'âge, appelée « *l'âge subjectif* », qui est à prendre en compte (Helson, 2010, p.30). Les personnes âgées de 60 ans et plus peuvent se sentir psychologiquement plus jeunes avec un âge subjectif d'environ quarante ans (Helson, 2010).

En tant que professionnels de santé, nous devons prendre en compte cette évolution démographique, mais aussi cette évolution épidémiologique, l'objectif étant de « diminuer les obstacles [...] pour diminuer le handicap de la personne dans sa vie courante [...] à son domicile ou dans son milieu de vie, en veillant à ce que la "qualité de vie" de la personne soit maximisée et en particulier son intégration sociale. » (Colvez, 2012, pp7-8).

À travers ces différentes définitions, « Une action de santé publique globale est nécessaire pour prendre en compte la grande diversité d'expériences et de besoins des personnes âgées » (Berrut, Campéon, Soleymani, 2018, p.9).

I.1.3. Vieillesse

La vieillesse et le vieillissement sont deux termes qui seront souvent cités dans ce mémoire et afin de mieux comprendre ces deux termes, il était important de comprendre leur signification. « Le lien entre vieillesse et vieillissement est étroit ; pour les différencier, on pourrait évoquer que le vieillissement est un processus constant alors que la vieillesse est un état [...] » (Jeanguiot, 2012, p.299).

Le terme vieillesse vient du latin « populaire *veclus, vetulus*, qui s'origine dans la langue grecque et qui signifie année » (*Ibid.*, p.299). D'autre part, la vieillesse selon Riegel (1984),

« Est une période inévitable et naturelle de la vie humaine caractérisée par une baisse des fonctions physiques, la perte du rôle social joué comme adulte, des changements dans l'apparence physique et un acheminement graduel vers une diminution des capacités » (cité par Jeanguiot, 2012, p.300).

Le concept du vieillissement peut intervenir à plusieurs niveaux : physiologie, morphologique due à la sénescence des cellules ainsi qu'au niveau social et même voire l'état psychologique. Pour cela, les personnes âgées doivent se mettre en situation de dépassement permanent, face aux changements inéluctables du vieillissement en mettant en place des stratégies, pour accepter leur vieillissement et ainsi éviter les pertes de rôle dans une société active (Jeanguiot, 2012).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), définit le vieillissement comme

« Le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès. »⁸

L'avancée en âge nous montre que le vieillissement, qu'il soit physiologique ou pathologique, est un processus qui, au fil du temps, modifie les structures et fonctions de l'organisme chez l'Homme. Il peut se traduire par une altération des capacités fonctionnelles et des habilités adaptatives dans les activités significatives pour la personne. Ce processus lent et progressif de vieillissement cellulaire peut, avec le temps, altérer et déclencher une maladie et/ou le décès.

« Le processus se voit arrêté par la mort non pas tant parce qu'il serait parvenu à son terme que du fait que l'organisme s'avère incapable de le poursuivre » (Villa, 2002, p.184). Ce qui nous montre que le vieillissement n'est pas un processus linéaire, égalitaire, mais plus dans un processus en « cascade », comme le fait remarquer Kalfat & Sauzéon (2009, p.14).

⁸ OMS. (2023). <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=Du%20point%20de%20vue%20biologique,et%2C%20enfin%2C%20le%20d%C3%A9c%C3%A8s.>

I.1.3.1) Trois types de vieillissement selon la gériatrie

De plus, « il n’y a pas un vieillissement, mais des vieillissements » (*Ibid.*, p.14). En effet, certaines personnes âgées peuvent vivre en bonne santé et d’autres personnes au même âge rencontrent des limitations dans leurs activités à l’apparition de déficiences. Selon Jeandel (2005, p.30), la « gériatrie distingue trois types de vieillissement : le vieillissement réussi, le vieillissement habituel et le vieillissement avec pathologies sévères » :

- Le vieillissement réussi fait référence à un vieillissement positif, sans présence de maladie ou de facteur de risque de pathologie. Les capacités fonctionnelles sont maintenues et encore préservées.
- Le vieillissement habituel se caractérise par une réduction ou un amoindrissement des capacités liées à l’âge avec un risque d’apparition de la maladie.
- Le vieillissement pathologique correspond au vieillissement avec morbidités, et peut entraîner une dépendance causée par des maladies cumulées avec l’âge. Elle concerne aussi bien « la sphère affective, cognitive, locomotrice, sensorielle, cardiovasculaire » dans laquelle, on peut trouver plusieurs situations de handicap

I.1.4) Répercussion physiologique du vieillissement

Le vieillissement, comme nous l’avons vu, entraîne des modifications spécifiques et hétérogènes chez la population âgée. Cependant, nous pouvons observer des comportements sociétaux discriminatoires comme l’âgisme ou le jeunisme. Ces comportements peuvent manifestement entraîner un mal-être chez la personne âgée, qui ne se voit plus désirable, plus acceptable ni acceptée dans une société performative qui valorise le corps et l’idéalisée dans sa version jeune et puissante. (Feillet, 2012).

Selon Lafon (2008), agrégé de biologie, note que les modifications anatomiques et fonctionnelles avec les années se présentent selon plusieurs niveaux. Le vieillissement physiologique impacte tous les tissus et organes, nous pouvons voir qu’au niveau externe, les stigmates du temps écoulé sont visibles, à savoir : des lignes se dessinent avec l’apparition de rides, la peau se régénère moins vite, elle est plus fine et fragile parce qu’elle perd en collagène et en élasticité (*Ibid.*). Elle présente des sillons et des plis, parfois même une hyperpigmentation sur le dos de la main, due à un accroissement « *des mélanocytes de la couche basale* » (Lafon

2008, p.5). Les ongles se fragilisent, des cheveux blancs apparaissent, une alopecie ou une « calvitie » (*Ibid.*, p.5) peuvent se développer.

La transition de l'âge adulte à la vieillesse s'inscrit également dans une diminution des capacités sensorielles. Le développement des pathologies visuelles peut apparaître tels le glaucome⁹, la cataracte¹⁰ ou la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge (DMLA) qui est une « atteinte de la partie centrale de la rétine, la macula [...]. La vision fine est perturbée par une impression de manque d'image (scotome) » (Creuzot-Garcher, *et al.*, 2012, p.63). Ces diminutions des capacités visuelles peuvent se traduire par un trouble de la coordination œil-main qui engendre des difficultés à interagir dans l'environnement que ce soit social ou physique.

Les altérations sensorielles peuvent aussi se manifester par une diminution des activités auditives (presbycousie qui est une perte de l'audition liée à l'âge), le goût qui se manifeste par une sensibilité gustative « liée à une baisse des sécrétions salivaires » (Covelet, 2007, p.250). Une diminution olfactive due au vieillissement peut s'installer au fil du temps ainsi qu'une diminution de la sensibilité tactile qui se traduit par des difficultés à ressentir les caresses, le toucher ou la petite pression exercée sur la main, le froid, la chaleur ou la douleur (*Ibid.*). Cette perte de sensibilité peut être expliquée par une altération de plusieurs nerfs tels que « les capteurs, de type mécano-récepteurs qui perdent en sensibilité et deviennent moins nombreux » (Passeport santé, 2022) appelés aussi « *hypoesthésie* » (*Ibid.*)

La diminution des informations sensorielles citées précédemment présente chez la personne âgée un risque élevé de chute (Bérard, 2016) qui peut impacter l'état de santé et la qualité de vie. L'effet iatrogène des médicaments peut être la cause des troubles moteurs et entraîner une instabilité posturale ou la chute (*ibid.*).

Nous pouvons également observer que les pathologies gérontologiques (l'arthrose, l'arthrose non articulaire, l'ostéoporose, les arthrites, les troubles locomoteurs...) et les maladies du système nerveux (maladie de Parkinson, Alzheimer, la dépression) ont des retentissements dans les activités de la vie quotidienne (De Jaeger, 2008) du sujet âgé. Les activités telles que « se

⁹ Glaucome : « C'est une maladie neurodégénérative, essentiellement due à un phénomène de mort programmée des cellules visuelles (apoptose). Très variable d'un patient, l'atteinte peut aller d'une atteinte du champ visuel périphérique jusqu'à la cécité complète » (Creuzot-Garcher, *et al.*, 2012, p.73).

¹⁰ Cataracte : « Lorsque l'opacification est dite progressive, il y a une baisse mineure de l'acuité visuelle qui est plus importante en vision de loin qu'en vision de près ; lorsque l'opacification est dite rapide, la baisse de l'acuité visuelle l'est également en vision de loin comme la vision de près » (Creuzot-Garcher, *et al.*, 2012, pp 69-70).

nourrir, entrer et sortir du lit ou du fauteuil, aller aux toilettes » (Cambois & Robine, 2003, p.65) peuvent être parfois difficile. Toutes ces actions demandent une énergie de l'organisme autant physique que sensorielle. Cela peut également avoir un impact sur la capacité à agir dans la vie affective et sexuelle.

L'évolution de l'espérance de vie mène, selon l'Institut National d'Études Démographiques (INED), vers une notion de transition épidémiologique qui se traduit par « *une transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement **au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents*** » (INED, 2023)¹¹.

Toutefois, nous ne pouvons pas rester seulement sur l'aspect biologique, il faut bien entendu prendre en compte que les facteurs exogènes (psychologiques, sociaux et culturels) peuvent expliquer cette hétérogénéité des vieillissements (Jeandel, 2005).

Au regard de ces éléments, l'interruption ou un changement de routine et des habitudes de vie dus aux représentations de la société sur les personnes âgées peuvent impacter la qualité de vie, engendrer un manque de confiance, une dépendance, une perte d'identité ou de rôle social. Dans ce contexte, Hervy (2013), parle de perte du lien social qui peut être une situation insupportable et dangereuse pour l'individu.

Selon Trouvé (2009), il est primordial « que l'amélioration, ou le maintien de l'autonomie et de la capacité d'une personne, à faire ses choix, et à gérer ses activités de la vie quotidienne, augmentent sa productivité et sa satisfaction envers la vie » (Trouvé, 2009, p.11).

Dans une société où tout doit aller vite et/ou la jeunesse et l'efficacité et la performance sont mises en valeur, il est important de se demander « comment la personne perçoit-elle son vieillissement en tant qu'individu singulier mais aussi vis-à-vis de la société ? » (Marchand, 2008, p.22). Les stéréotypes culturels que nous pouvons attribuer aux personnes âgées, par rapport à leurs âges, ne véhiculent pas une image positive, ce qui nous amène à avoir un comportement discriminatoire et d'âgisme (*Ibid.*).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « l'âgisme regroupe les stéréotypes (la façon d'envisager l'âge), les préjugés (ce qu'inspire l'âge) et la discrimination (la façon

¹¹ INED, (2023). Transition épidémiologie. Consulté le 25 juillet 2023 à <https://www.ined.fr/fr/lexique/transition-epidemiologique/>

de se comporter), dont on est soi-même victime ou dont autrui est victime en raison de l'âge ». ¹²

Nous devons être vigilant et observer que toute présence de discrimination liée à l'âge ou de stigmatisation liée au vieillissement qui peut engendrer une limitation, voire une restriction de l'autonomie et de l'indépendance de la personne âgée.

Il est donc important de souligner qu'une prise en charge ergothérapeutique avec une approche holistique permettra d'accompagner la personne âgée dans ces occupations dites significatives pour elle.

I.2) Qualité de vie du sujet âgé

Nous avons pu observer que parmi les nombreux enjeux de la population vieillissante, la survenue de plusieurs problèmes de santé liés à l'âge peut impacter la qualité de vie. La Haute Autorité de Santé (HAS), a établi une recommandation de bonne pratique qui permet au professionnel de santé d'avoir une réflexion sur l'accompagnement des personnes âgées (Hervy, 2013), qu'elles soient en situation de handicap ou pas.

I.2.1) Généralités

La qualité de vie est basée sur deux éléments importants. « Le premier permet à une personne de définir de façon subjective son niveau de bien-être perçu » (Formarier, 2007). En fonction de l'âge, du lieu de vie, du handicap ou de l'état de santé, la personne peut définir de façon subjective son niveau de bien-être perçu (*Ibid.*). C'est un concept difficile à définir, car il comporte d'autres concepts tels que le « bien-être, le coping, la volonté » (Formarier, 2007, p.3) qu'à la personne de réussir pour atteindre l'objectif qu'elle s'est fixé.

Le deuxième correspond au concept multidimensionnel qui trouve son « origine dans les champs médicaux, sociopolitiques et psychologiques » (Soulas & Brédart, 2012, p.20). En ce qui concerne les indicateurs objectifs de la qualité de vie, notons par exemple que Ferrans et Powers, (2007, p.33), réfèrent la qualité de vie objective « au revenu, à l'éducation et au type de profession ». D'autres auteurs comme Tickle et Yerxa (1981), le conçoivent comme une « *satisfaction de tous les besoins de la personne (Maslow, 1955)* » (Cité par Levasseur *et al.*, 2006, p.167), dit essentiel, pour la survie de l'Homme et qui est manifestement « *liée à la qualité*

¹² OMS (2021). Rapport mondial sur l'âgisme – Résumé. <https://www.who.int/fr/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>

de vie » (*Ibid.*, p.167).

Malgré que certains besoins ne soient pas totalement importants, « elles y contribuent quand même » (*Ibid.* p.167). Nous pouvons également nous appuyer sur la définition de Whiteneck (1994), selon laquelle la qualité de vie est une « évaluation globale du bien-être de l'individu en lien avec sa santé perçue et ses limitations dans les activités courantes et les rôles sociaux » (Cité par Levasseur *et al.*, 2006, p.167).

I.2.2) Qualité de vie du sujet âgé

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1994), la qualité de vie « c'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (l'OMS, 1994, cité par Formarier, 2012, p.260). Dans cette définition, il est question de la perception que la personne a de sa propre représentation de sa qualité de vie en lien avec son environnement et les valeurs qui s'y rapportent.

Au regard de ces définitions, les auteurs considèrent et s'accordent que les composantes physiques, mentales et sociales font partie du concept de la qualité de vie.

Il existe de nombreux questionnaires qui peuvent mesurer la qualité de vie. Par exemple, le « *WHOQOL-26* » (Lazarotto *et al.*, 2018, p.813) qui signifie World Health Organization Quality of Life. Il se compose de 26 questions qui ont pour objectif d'identifier les ressentis de la personne dans « quatre domaines : physique, psychique, environnement et les relations sociales » (*Ibid.*).

C'est un outil validé où l'ergothérapeute peut s'appuyer pour évaluer la qualité de vie de la personne âgée tout au long de sa prise en charge. Il est donc important qu'en tant que future ergothérapeute, la recherche de la qualité de vie soit systématisée dans la pratique auprès des personnes âgées qui présentent des limitations à réaliser des occupations qui sont importantes pour elles.

I.3) Santé sexuelle

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé sexuelle introduit la notion de « vie affective et sexuelle » (Mon Parcours handicap.gouv.fr, 2023). Le terme « Santé sexuelle » est apparu en 1974 lors d'une conférence à Genève sous l'impulsion de l'OMS et d'un groupe de professionnel sexologue. Cette conférence a permis aux protagonistes de s'engager vers un

processus de changement afin de « *dissocier l'activité sexuelle reproductive et non reproductive et entérine le principe de l'association entre la sexualité non reproductive, le bien-être et l'épanouissement personnel* » (Giarni, 2007, p.57).

Selon la World Association of Sexology (WAS) et avec le soutien de l'OMS, on définit le concept de la santé sexuelle comme :

« L'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien-être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et développer la personnalité, la communication et l'amour. La notion de santé sexuelle implique une approche positive de la sexualité humaine. L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le counselling et les soins concernant la procréation ou les MST » (OMS, 1975, cité par Giarni, 2007, p.58).

Au regard de cette définition, nous pouvons dire que la santé sexuelle fait référence à la notion de bien-être et à la qualité de vie que nous avons vu précédemment. Nous pouvons également nous appuyer sur la définition de la Haute Autorité de Santé (HAS), qui indique que la vie affective et sexuelle de la personne âgée ne doit pas se rapporter qu'à l'acte sexuel et affirme que :

« L'absence d'activités sexuelles génitales, chez des personnes âgées, ne signifie pas que la sexualité est inexistante. Elle peut prendre des formes variées, notamment des ressentis lors de contacts corporels dans le cadre de relations de soins, d'expériences sensorielles, de plaisir dans des activités de loisir, d'émergence de fantasmes érotiques en regardant la télévision, de même que des tentatives de séduction lors de relations sociales (20). Les dimensions socio-affectives manquent à ces personnes, bien plus qu'une vie sexuelle active »¹³ (HAS, 2022, p.4).

Cette définition met en exergue que la sexualité ne se traduit pas seulement par une pratique reproductive et performative qui va « à l'encontre de représentations trop souvent déficitaires de la vie sexuelle ou d'une vieillesse injustement taxée d'asexuée. » (Lambelet, Brzak, Avramito, & Hugentobler, 2019, p.156).

¹³ HAS. (2022). Vie affective et sexuelle dans le cadre de l'accompagnement en ESSMS https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-6/note_de_cadrage_vie_affective_et_sexuelle_dans_le_cadre_de_laccompagnement_en_essms_vas.pdf

Comme le fait remarquer Colson (2012), l'avancée en âge est inévitable, mais elle ne signifie pas une perte définitive de l'envie d'avoir une relation affective et sexuelle. La sexualité prend une autre forme : « elle devient différente, moins physique et davantage relationnelle, moins sexuelle et plus sensuelle » (Colson, 2012, p.124), elle n'est pas figée dans la jeunesse et la performance.

En effet, un documentaire réalisé en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), met en avant que les personnes âgées de plus de 60 ans, voire 80 ans expriment leur désir d'avoir ou de continuer à vivre une vie affective et sexuelle épanouie et libre et pour certains plus sexuelle qu'affective¹⁴. Cependant, les personnes interviewées dans ce document évaluent la sexualité à de la tendresse, des caresses et de l'affectivité (*Ibid.*).

I.4) Santé sexuelle et qualité de vie du sujet âgé

La santé sexuelle fait partie intégrante de la qualité de vie qui se rapporte au bien-être que nous

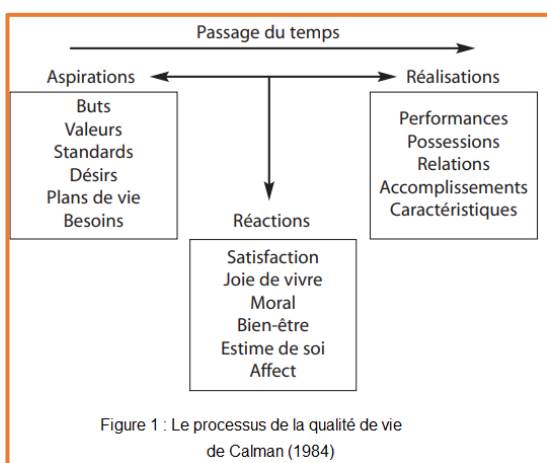


Figure 1 : Le processus de la qualité de vie de Calman (1984)

avons vu précédemment. En résonance à notre objet d'étude sur l'accompagnement ergothérapeutique de la personne âgée dans sa vie affective et sexuelle, la qualité de vie en santé sexuelle doit être évaluée par le sujet âgé qui déterminera ensuite sa propre perception qu'elle a de sa vie, autrement dit la qualité de vie subjective. Plusieurs aspects peuvent venir influencer la qualité de vie de la personne âgée, comme le montre

l'illustration du processus (**fig.1**) de la qualité de vie de Calman (1984). Lorsque les besoins ont été identifiés, la réalisation des aspirations se met en place dans le temps et lorsque celle-ci se réalise, la personne éprouve de la satisfaction et un bien-être (Levasseur *et al.*, 2006). Cette illustration renvoie à une nouvelle compréhension de la notion de la qualité de vie et vient compléter celle de l'OMS citée plus haut.

¹⁴ Konbini. (2022, 26 juin). Sexe en Ehpads : Il n'y a pas de date de péremption" | Reportage [vidéo]. YouTube. En ligne : <https://www.youtube.com/watch?v=F3zBFctiyn4>

La vie affective et sexuelle fait partie manifestement de la définition de la santé sexuelle. Ce qui nous amène dans un premier temps à définir la vie affective ainsi que la vie sexuelle.

1.4.1) La vie affective du sujet âgé

L'Homme est un être de relation, qui a besoin de communiquer en donnant de l'affection à l'autre. Créer des liens d'amitié, un « toucher affectif » qui est rassurant et donne du sens à une relation souvent négligée auprès des personnes âgées (Boudreault & Ntetu, 2006, p.55). Pour d'autres auteurs, elle est vécue comme un moment de partage, d'échange qui peut évoluer vers une affinité pour l'autre, ou clairement peuvent se développer des sentiments amoureux (Marc & Picard, 2020). D'autre part, le toucher affectif influe positivement sur l'estime de soi et agirait sur la motivation à communiquer avec l'autre (Boudreault & Ntetu, 2006).

1.4.2) La vie sexuelle du sujet âgé

La sexualité est inhérente à l'être humain. Cependant, l'effet du vieillissement tend à penser que la personne âgée qui présente des troubles d'ordre sexuel est souvent associée à une personne qui a renoncé aux plaisirs charnels.

Les stéréotypes peuvent donc influencer le choix de la personne âgée dans son orientation d'avoir ou pas une vie affective et sexuelle. Selon Gérardin P. *et al.*, (1999), « les attitudes des soignants à l'égard de la sexualité traduisent une absence d'impartialité [...] et une ambivalence » (Gérardin P. *et al.*, 1999, cité par Thibaud & Hanicotte, 2007, p.127).

Selon Colson (2012), les aspects du vieillissement qui surviennent en dehors de toute maladie peuvent avoir un impact chez le sujet âgé. Pour la femme, l'involution des seins¹⁵, des difficultés possibles à atteindre l'orgasme ainsi qu'une diminution de l'hydratation vaginale qui est plus lente et moins importante suite aux transformations hormonales de la ménopause (*Ibid.*) Ces troubles de la lubrification peuvent « prédisposer la personne âgée à des infections urinaires récurrentes » et également amener à des « douleurs lors de la pénétration [...] » (Colson, 2012, p.117).

Pour les hommes, les troubles de l'érection qui peuvent être multifactoriels, liés à l'iatrogénie, aux maladies cardiovasculaires, au diabète ainsi que les troubles de l'éjaculation qui peuvent être liés au diabète ou aux pathologies prostatiques (*Ibid.*, 2012).

¹⁵ Involution : masse graisseuse qui augmente et remplace progressivement cette masse glandulaire. HAS. (2015). Involution. <https://has>

Nous pouvons également observer des pratiques sexuelles qui consistent « à provoquer du plaisir, des changements sexuels en stimulant les parties génitales ou d'autres zones érogènes, à l'aide des mains ou d'objets quelconques » (Deboves, Quaderi, Bonnet & Horiszny, 2015, p.86), qu'on appelle l'onanisme.

1.4.2.1) L'onanisme

Freud a été l'un des grands pionniers à affirmer que la vie sexuelle commence dès les premiers jours de vie du bébé (Karmaniola, Knecht & Parrat-Dayan, 1992). Ce terme est apparu en 1715 dans « *une brochure à Londres intitulée, Onania* » (Karmaniola, Knecht & Parrat-Dayan, 1992, p.123). Selon le CNTRL (2012), l'onanisme est une pratique auto-érotique de masturbation qui permet d'atteindre l'orgasme sans avoir un rapport sexuel. Chez les sujets âgés, la pratique de l'onanisme est fréquente comme me rapportait un des ergothérapeutes exerçant dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), lors de mon enquête exploratoire.

Si cette pratique est réalisée sans règle d'hygiène chez le sujet âgé, elle peut présenter un risque infectieux (Deboves, Quaderi, Bonnet & Horiszny, 2015).

1.4.3) La sexualité

Selon L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2006a) : « La sexualité est plus un aspect central de la personne humaine ceux, tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction »¹⁶

1.4.4) Cadre légal de la vie affective et sexuelle en institution

« La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, reconnaît à la personne en situation de handicap le droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus de tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté » (Handicap.gouv, 2017).¹⁷

¹⁶ OMS. (2006a). Santé sexuelle. Sexualité. https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

¹⁷ Handicap.gouv. (2017). La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances <https://handicap.gouv.fr/la-loi-du-11-fevrier-2005-pour-legalite-des-droits-et-des-chances>

La personne qui se trouve en situation de handicap, à droit à une vie affective, intime et sexuelle comme le rappelle la circulaire en date du 05 juillet 2021 (Légifrance, 2021)¹⁸. Les Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS) doivent accompagner toutes les personnes en situation de handicap et les personnes âgées dans leur vie affective et sexuelle (intimagir, s.d). La loi du 02 janvier 2002 reconnaît la personne accueillie dans des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Légifrance, 2020).¹⁹

En effet, selon le 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, « La vie affective, relationnelle, intime et sexuelle des personnes en situation de handicap est un enjeu qui ne saurait être ignoré dans l'accompagnement »²⁰. En effet, « il est l'un des vecteurs d'épanouissement, d'autonomisation et de bien-être »²¹.

Selon l'avis sur l'effectivité des droits des personnes âgées paru dans le Journal officiel du 31 juillet 2013 :

« La vie affective et sexuelle des personnes âgées doit être respectée. La sexualité des personnes âgées, principalement celles en institutions, est encore un tabou, alors même qu'il s'agit d'une question importante pour les personnes concernées » (Légifrance 2013).

D'autre part, « l'article 4 dispose qu'une personne âgée doit être protégée des actions visant à la séparer d'un tiers avec qui, de façon mutuellement consentie, elle entretient ou souhaite avoir une relation intime »²¹ (*Ibid.*). Les professionnels n'ont pas le droit de s'opposer à une relation affective ou sexuelle. Elle est rappelée dans la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendantes. En ce qui concerne la famille, « celle-ci peut être informée de la vie affective de la personne âgée, son accord n'a pas à être recueilli » (*Ibid.*)

18 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>

19 Légifrance. (2020). LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Code de l'action sociale et des familles. Section 2 : Droit des usagers du secteur social et médico-social (Articles 8 à 13) (Articles L311-3 à L311-12.) <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>

20 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. Consulté le 07 mai 2024 à <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45220>

21 Légifrance. (2013). Avis sur l'effectivité des droits des personnes âgées. JORF n°0176 du 31 juillet 2013. Consulté le 29 février 2024 à https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000027778830

Néanmoins, cela est aussi valable pour les personnes âgées sans handicap qui aspirent et désirent trouver ou retrouver une vie affective et sexuelle.

Nous pouvons également nous appuyer sur les projets d'amélioration des pratiques professionnelles qui font écho aux recommandations actuelles du Ministère de la Santé et de la prévention qui « se base sur des fondamentaux : la sexualité doit être fondée sur l'autonomie, la satisfaction, la sécurité. »²² (Sante.gouv, 2017, p.5).

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), du 31 mai 2022, l'absence d'activité sexuelle ne signifie pas que la sexualité n'existe pas (HAS, 2022).²³ En effet, lors de mon enquête exploratoire, deux ergothérapeutes exerçant en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et un ergothérapeute exerçant dans un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) ont affirmé qu'ils prenaient en compte les désirs et les besoins des personnes âgées en lien avec la vie affective et sexuelle.

I.4.5) Les risques de la non-prise en compte de la vie affective et sexuelle de la personne âgée

La prise en compte d'une vie sexuelle chez des sujets âgés ne doit pas être ignorée des professionnels de santé qui les accompagnent tout au long de leur vie. En effet, adopter une posture « d'ignorance » alors que la personne âgée est un être sexué jusqu'à la fin de sa vie peut entraîner des comportements délétères vis-à-vis des personnes âgées, qui veulent juste continuer à vivre heureuses et libres.

La privation de ce besoin primaire peut avoir des effets négatifs sur la santé des personnes âgées qui peuvent être amenées à s'isoler, à avoir un comportement d'agressivité parce qu'elles ne se sentent pas comprises. Le refus de se restaurer, de prendre du plaisir dans les différentes activités que peuvent proposer les établissements de santé, car elles n'expriment plus l'envie de vivre tout simplement (Khosravi, 2016).

Selon Bellami (2021), « La possibilité de nouer et d'entretenir des relations sexuelles et/ou affectives peut être empêchée parfois par des difficultés institutionnelles » (Bellami, 2021, p.57)

²² Sante.Gouv. (2017). Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030. Repéré le 18 juillet 2023 à https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

²³ HAS, (2022). Vie affective et sexuelle dans le cadre de l'accompagnement en ESSMS. Recommander les bonnes pratiques. Note de Cadrage. Repéré le 11 juillet 2023 à https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-06/note_de_cadrage_vie_affective_et_sexuelle_dans_le_cadre_de_laccompagnement_en_essms_vas.pdf

La censure peut venir également des effets iatrogènes pour réduire l'expression des désirs affectifs et sexuels qui peuvent déranger l'institution et les familles (Ribes, 2011).

La personne âgée est souvent associée à une personne qui a renoncé aux plaisirs charnels. Les stéréotypes culturels que nous pouvons attribuer aux personnes âgées, par rapport à leurs âges, ne véhiculent pas une image positive, ce qui nous amène à avoir un comportement discriminatoire et d'âgisme.

I.5 Ergothérapie et vie affective et sexuelle

I.5.1) Généralité sur l'ergothérapie

Les patients / résidents ou bénéficiaires ne considèrent pas de prime abord que la sexualité puisse être considérée comme un axe possible d'intervention en ergothérapie (Muslemani & Gagnon, 2021).

Toutefois, en ce qui concerne la vie affective et sexuelle, selon Muslemani & Gagnon, (2021, p.23), « la littérature limitée à ce sujet et les rôles professionnels non définis occasionnent un manque de connaissances chez les ergothérapeutes » sur le sujet de la vie affective et sexuelle ce qui engendre un « inconfort à aborder cette habitude de vie, malgré le besoin présent » (*Ibid.*, p.23).

L'ergothérapie est une profession de santé, elle est régie par l'article L.4331-1 du code de la santé publique, qui stipule que pour mener à bien l'intervention ergothérapique, une prescription médicale est nécessaire (ANFE, s.d).²⁴

Au regard de l'arrêté du 5 juillet 2010, « l'ergothérapeute analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux et les situations de handicap » (Caire, *et al.*, 2016, p.435). « L'ergothérapeute évalue aussi les intégrités, les lésions, les capacités de la personne [...] » (*Ibid.*, p.435). « Les performances motrices sensorielles, cognitives et psychiques sont également évaluées » Caire, *et al.*, 2016, p.435), ce qui permet, au final, d'établir « un diagnostic ergothérapique » (*Ibid.*, p.435).

La profession de l'ergothérapie qui était principalement institutionnalisée, c'est-à-dire rattachée à des établissements sanitaires, est passée vers une ergothérapie plus diversifiée dans ces

²⁴ Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). (s.d). La profession d'ergothérapeute. <https://anfe.fr/la-profession/>

interventions, telles que le médico-social, le libéral, le social, l'éducatif ou dans le secteur public (Caire, 2008).

À travers ces différentes structures, l'ergothérapeute a besoin de travailler en équipe interdisciplinaire (médecin, aide-soignant, infirmier, psychomotricien(ne), psychologue, professeur d'activités physiques adaptées, masseur-kinésithérapeute, etc) pour avoir une visibilité afin de mesurer les besoins en lien avec la vie affective et sexuelle de la personne âgée.

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE, s.d)²⁵, « l'ergothérapeute est le spécialiste du rapport entre l'activité humaine et la santé ». En effet, « l'activité est le concept central de l'ergothérapie qui se fonde au départ sur le principe que l'être humain est un être d'agir et que les activités peuvent être utilisées pour améliorer la santé. » (ANFE, s.d)²⁶. L'homme est un être occupationnel, l'ergothérapeute met au service des personnes qui se trouvent en situation de handicap partiel ou complet ses connaissances et compétences professionnelles pour qu'elles accomplissent des activités qu'elles considèrent comme importantes pour elles.

L'objectif est d'accompagner la personne dans l'élaboration et dans la construction de son projet de vie, que ce soit dans des actions de prévention ou d'adaptation (Caire, 2008). « L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société » (UNAEE, s.d).

Dans le cadre de l'accompagnement de la vie affective et sexuelle de la personne âgée, nous pouvons explorer deux temps d'évaluation qui ont pour but d'améliorer la qualité de vie de la personne âgée :

- Évaluation des habitudes de vie en lien avec la vie affective et sexuelle en tant qu'occupation.
- Évaluation des déficiences qui engendrent une incapacité à réaliser l'activité qui est importante pour la personne âgée.

²⁵ Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). (s.d). Qu'est-ce que l'ergothérapie. https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/#:~:text=Sp%C3%A9cialiste%20du%20rapport%20entre%20l,occupations%20qu'ils%20veulent%20ou

²⁶ Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). (s.d). La profession d'ergothérapeute. <https://anfe.fr/la-profession/>

C'est une approche holistique que propose la Charte d'OTTAWA, valeurs fondamentales de l'ergothérapie, pour accompagner la personne à retrouver son pouvoir d'agir. Elle comprend aussi bien l'autonomie et l'indépendance de la personne.

Nous pouvons dire que **la personne, l'occupation et l'environnement** sont des aspects importants en ergothérapie pour aider l'ergothérapeute dans sa démarche pour comprendre ceux qui peuvent être des facilitateurs ou des obstacles dans les occupations en lien avec la vie affective et sexuelle de la personne âgée. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) est un modèle qui conviendrait à notre étude sur l'accompagnement ergothérapeutique de la personne âgée dans sa vie affective et sexuelle que nous allons exposer.

I.5.2) Mesure Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

Dans sa pratique, l'ergothérapeute fait appel à des modèles conceptuels pour guider sa pratique professionnelle selon les situations rencontrées (annexe 1, p.74). Selon Kartman (1994), il existe trois catégories de modèles. Il y a ceux élaborés par des professionnels tels que les médecins, les psychologues qu'on appelle « *les modèles généraux interprofessionnels* ». Les modèles appliqués qui lui sont plus spécifiques à des pathologies afférentes aux biomécaniques. Et enfin, le modèle élaboré par les ergothérapeutes pour la profession d'ergothérapie, appelé « *modèles généraux élaborés par les ergothérapeutes* » tels que le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO), le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), et bien d'autres (Morel-Bracq, 2009, p.15). Marie-Chantal Morel-Bracq insiste sur l'importance du modèle élaboré par les ergothérapeutes qui permet de mieux faire comprendre la profession de l'ergothérapeute aux autres professionnels de santé. (Morel-Bracq, 2009).

Dans cet écrit, nous aborderons, un des modèles élaborés par les ergothérapeutes, spécifiques à notre profession, qui est le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel.

L'Homme est un être occupationnel, et selon Caire et Rouault (2017), il a besoin de ces occupations pour vivre et être en relation avec l'autre. C'est ce qui cadre sa vie et son temps et qui lui donne du sens (*Ibid.*).

Pour évaluer le rendement occupationnel, l'ergothérapeute utilise le MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel), c'est un outil qui permet à l'ergothérapeute

d'identifier les occupations significantes que les personnes n'arrivent plus à réaliser et qui impactent leur quotidien (*Ibid.*).

L'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE), conçoit en 1997 le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation (MCRO-P), fondé sur les travaux de Mary Reily publiés en anglais et en français qui mettent l'accent sur l'importance donnée à l'occupation (Morel-Bracq, 2017) qui est propre à l'ergothérapie. Ce modèle se base sur l'hypothèse fondamentale que l'occupation contribue à la santé et qu'elle a un véritable « potentiel thérapeutique ». (*Ibid*, 2017, p.86).

Ce modèle s'est élargi en 2008 grâce à la recherche dans le domaine de la Science de l'occupation (*Ibid.*) pour aboutir au modèle actuel, le MCREO. Ce nouveau modèle comprend l'**engagement** et la **participation** dans des activités qui demandent un investissement tant psychologique que physique (*Ibid.*). Ces notions correspondent au domaine de compétences de l'ergothérapeute et qui est propre au modèle MCREO. L'hypothèse fondamentale de ce modèle est de promouvoir la santé par l'occupation, le rendement occupationnel et la participation (*Ibid.*).

La notion d'habilitation vient enrichir le modèle qui se traduit par le fait de « conférer des moyens » afin de créer, développer, renforcer le pouvoir et la « capacité d'être ou d'agir » (Morel-Bracq, *et al.*, 2017, p.88) dans le but d'accomplir des choix, des actions et des occupations qui sont significantes et significatives et utiles pour la personne.

Selon les auteurs, l'habilitation est « sensible aux conditions sociales, ce que les ergothérapeutes appellent l'environnement » (*Ibid., et.al*, 2017, p.88).

Nous pouvons donc observer la dynamique entre la *personne*, *l'occupation* et *l'environnement* qui amène vers un **rendement occupationnel**. **Le rendement occupationnel correspond à cette notion de satisfaction procurée dans une activité** significative que la personne a choisi de réaliser (Launois, 2010).

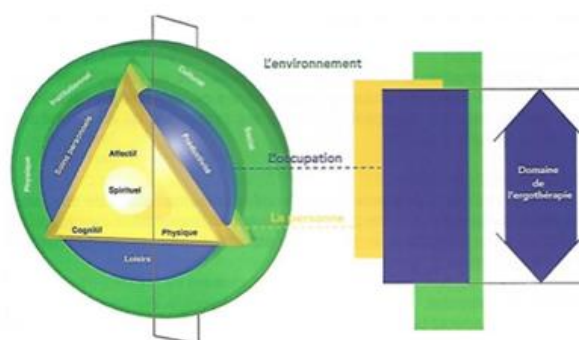


Figure 2 : Le modèle canadien du rendement occupationnel et de la participation (Morel-Bracq, 2009, p81)

Le modèle MCREO recouvre trois grands domaines (**fig.2**) : **La personne** qui se trouve en avant de couleur jaune est représentée avec ses dimensions : physique, cognitive, affective et au cœur se trouve le spirituel. Elle englobe la notion de subjectivité qui est propre à l'individu, ses désirs et besoins ainsi que son histoire de vie qui varient selon le contexte de l'individu (Morel-Bracq, 2009). **L'environnement** représenté en vert, se trouve à l'extrémité, peut-être d'ordre institutionnel, physique, culturel et social (*Ibid.*).

Et enfin, **l'occupation** représentée en bleu est une passerelle qui relie la personne et l'environnement représentés par les domaines des soins personnels, de la productivité et des loisirs.

Afin de comprendre les différentes compositions du domaine de l'occupation, nous proposons quelques exemples (**fig.3**) (Bourrel, 2022) :

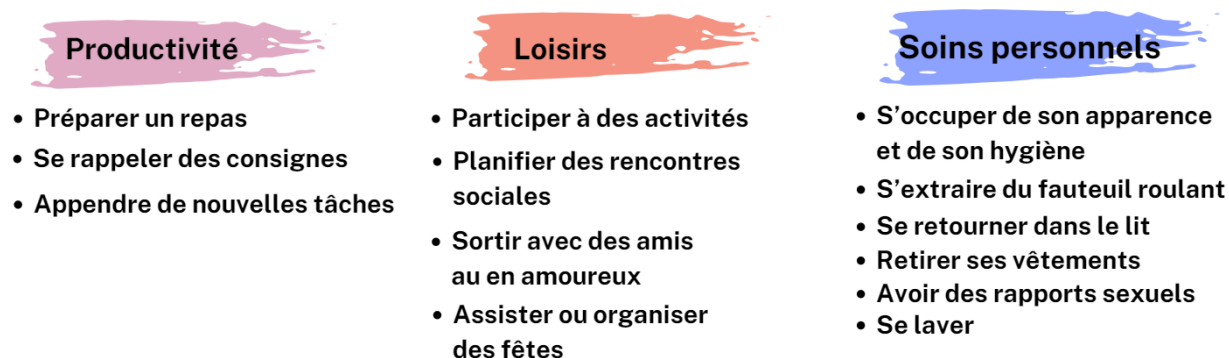


Figure 3 : Exemple d'occupation selon le modèle MCREO

1.5.3) L'accompagnement de la personne âgée dans sa vie affective et sexuelle selon le Modèle Canadien du rendement et de l'engagement Humaine (MCREO).

Chaque catégorie (personne, occupation, environnement) peut avoir un impact dans la participation de la personne et engendrer des restrictions ou des limitations dans les occupations qui peuvent impacter par la suite la qualité de vie.

Pour mieux comprendre le lien entre le concept de la vie affective et sexuelle avec le modèle d'intervention en ergothérapie : le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel et de la Participation (MCREO), l'ergothérapeute va réaliser un entretien semi-

dirigé qui met en avant les occupations qui sont identifiées comme obstacle par la personne pour réaliser son activité.

L'évaluation du modèle permet dans un premier temps :

- D'identifier les difficultés rencontrées de manière subjective du rendement occupationnel qui sera coté de 0 à 10 (Morel-Bracq, 2009).
- Ensuite une évaluation par ordre d'importance des difficultés sur une échelle de 0 à 10 qui doit ressortir cinq problèmes qui seront mis en évidence.
- Et enfin une évaluation par ordre d'importance sur les cinq problèmes identifiés sur une échelle de 0 à 10.

En résumé, à travers l'entretien avec le patient, l'ergothérapeute met en avant les occupations qui peuvent être un obstacle pour la personne.

Comme nous l'avons vu précédemment, la vie affective et sexuelle fait partie des besoins fondamentaux comme les autres activités de la vie quotidienne. C'est une occupation qui peut être signifiante pour la personne.

L'ergothérapeute peut à tout moment, dans son exercice, être amené à accompagner le bénéficiaire / patient ou résident dans sa vie affective et sexuelle.

Parler de la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap n'est pas évident, car il existe « une gêne tout à fait compréhensible, tant le sujet est intime et délicat. [...] Elle s'accompagne d'ignorance bien souvent, qui aboutit à considérer que les personnes handicapées ne peuvent pas, ou même ne doivent pas avoir de vie sexuelle ». (Trautmann, 2008, cité par Combeau & Daure, 2022, p.37).

Après avoir « analysé les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap, l'ergothérapeute pose un diagnostic ergothérapique » (Portfolio).

En fonction des objectifs, il devra adapter sa pratique pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap temporaire ou définitive, en mettant en place si besoin des aides techniques ou en aménageant l'environnement dans le but de maintenir ou de développer, le potentiel d'indépendance et d'autonomie personnelle, sociale [...] de manière sécurisée et efficace (ANFE, s.d). Nous pouvons dire que « l'occupation de la personne se retrouve étroitement liée à sa qualité de vie et au sens donné à son existence » (UNAEE, s.d) et que « la

réussite dans les occupations est importante pour la santé et le bien-être de l'individu (Polatajko H. J., 1992, 1994 ; Townsend & Polatajko, 2008). » (Cité par Caire et Rouault, 2017, p.158).

Pour Doris Pierce, Docteur en ergothérapie, l'occupation s'appuie sur la science de l'occupation qui se base sur des activités réelles que la personne fait tous les jours dans son quotidien. La science de l'occupation est :

« Centrée sur l'expérience vécue et perçue de la personne, elle a une forme, une cadence, un début et une fin, un aspect partagé ou solitaire, un sens culturel pour la personne et un nombre infini d'autres qualités contextuelles perçues » (Pierce, 2016, p.25).

L'ergothérapeute de par son expertise dans les occupations, a pour objectif d'analyser l'activité afin de « *décortiquer une **occupation** en déterminant les fonctions qu'elle met en jeu, tant au niveau sensori-moteur que des compétences cognitives* » (Alexandre & Lefèvre, 2012, p.253). D'autre part, elle permet aux ergothérapeutes de « *déterminer le potentiel thérapeutique ou la valeur d'une activité et de sélectionner et d'aménager l'activité pour traiter une incapacité ou une limitation fonctionnelle* » (Alexandre & Lefèvre, 2012, p.254).

I.5.4) Posture professionnelle

La posture de l'ergothérapeute est importante dans l'accompagnement ergothérapeutique de la personne âgée dans leur vie affective et sexuelle. La posture d'écoute active, bienveillante, doit être de mise, car la personne laisse l'ergothérapeute entrer dans sa sphère intime.

I.5.5) L'enjeu d'une collaboration pour l'ergothérapeute

Dans cette thématique, l'ergothérapeute peut être amené à travailler en collaboration. D'ailleurs, la stratégie « Ma santé 2022 » encourage tous les professionnels à travailler en interdisciplinarité et donc d'avoir une expertise renforcée pour répondre efficacement aux besoins et attentes des patients (Ministère des solidarités et de la santé, 2018).²⁷ En effet, l'ergothérapeute n'exerce quasiment jamais seul, car il s'intègre souvent à un parcours de soin qu'il soit en structure ou en libéral (Rgothérapeutes, 2022). De ce fait, il est amené à travailler en collaboration avec d'autres professionnels dans l'accompagnement du patient (*Ibid.*, 2022).

²⁷ Ministère des solidarités et de la santé. (2018). Ma santé 2022. Un engagement collectif. Dossier de presse 18/09/2018. Consulté le 30 décembre 2023 à https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf

En effet, il est important de savoir comment « combiner différents savoirs, issus de diverses spécialités ou disciplines pour converger de manière cohérente vers une réponse à un problème posé » (Hatano-Chalvidan, 2016, p.13). La complémentarité de compétences

« tente de répondre à la difficile équation du partage des expertises et de la définition de leur périmètre d'action sans pour autant perdre leurs prérogatives ni leur « identité » professionnelle » (Hatano-Chalvidan, 2016, p.10).

Selon Petrovic, *et al.*, (2021), l'élément central d'une collaboration est de « participer aux différents temps d'échange en équipe (réunions éducatives, réunions de synthèse, bilans, entretiens avec la famille...) » (Petrovic, *et al.*, 2021, p.601). Participer à des réunions sur cette thématique, nous paraît important, mais elle suppose en plus d'avoir « un certain niveau de formation, un savoir-faire [...], une connaissance des implications en termes de responsabilité professionnelle, civile et pénale, et un projet d'établissement à la hauteur de ces enjeux » (Jaeger, 2022).

II. ÉTAT DES LIEUX, PROBLÉMATIQUES IDENTIFIÉES PAR LES ERGOTHÉRAPEUTES

Pour mener à bien cette exploration sur le terrain, nous avons mené une enquête à visée exploratoire dans la période du mois de juillet à août 2023 auprès des ergothérapeutes qui exercent dans différentes structures accueillant des patients/résidents ou bénéficiaires.

Au départ, nous avons orienté notre enquête exploratoire seulement en SMR par rapport aux précédents stages, mais après réflexion, nous avons souhaité interroger d'autres ergothérapeutes exerçant dans d'autres structures comme celle des Ehpad.

L'objectif de cette exploitation de terrain est de confronter d'une part les données de la littérature aux réalités de terrain, de nous informer si l'ergothérapeute a un rôle dans le processus d'accompagnement de la vie affective et sexuelle du sujet âgé et ensuite de savoir si les ergothérapeutes interrogés ont des difficultés pour aborder la vie affective et sexuelle chez le sujet âgé.

Ces entretiens nous ont permis de confronter notre sujet de mémoire afin d'éclaircir nos idées et de nous assurer de la faisabilité de notre écrit. Les ergothérapeutes qui ont été sollicités par

téléphone et ceux démarchés sur le terrain nous ont également permis de recueillir leur ressenti et leur retour d'expérience concernant la prise en charge de la vie affective et sexuelle du sujet âgé (fig.4).

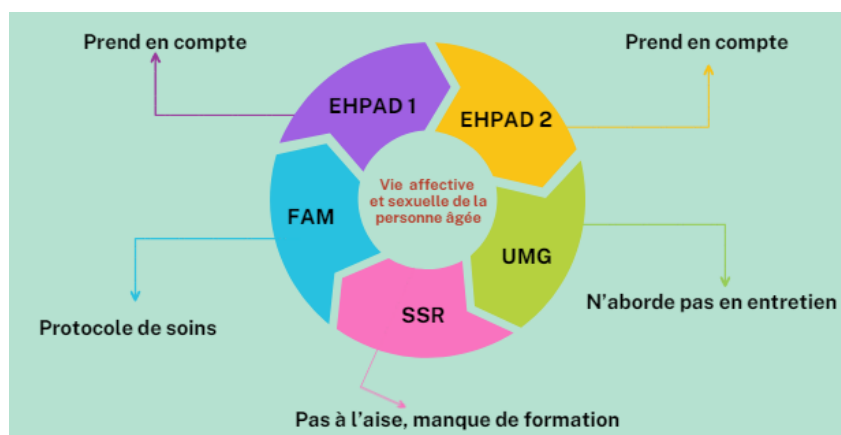


Figure 4 : Enquête exploratoire auprès des ergothérapeutes - Production personnelle

Ce qui ressort le plus dans cette enquête exploratoire, c'est le positionnement des ergothérapeutes sur la nécessité et l'importance de prendre en compte la vie affective et sexuelle du sujet âgé. Cependant, tous les ergothérapeutes interrogés disent que culturellement à la Réunion, c'est encore un sujet tabou surtout pour les générations d'avant. Certains ne sont pas à l'aise, car ils n'ont pas eu de formation, n'ont pas de personne référente dans leur établissement ou ne sont pas outillés avec un guide de pratique ou un protocole de soins. Pour d'autres, ils ne se sentent pas légitimes pour en parler et préfèrent orienter les patients,

bénéficiaires vers d'autres professionnels de leur structure comme les médecins ou les psychologues.

L'enquête relève également que certains ergothérapeutes ne sont pas vraiment soutenus par leur institution pour parler de ce sujet. D'autres évoquent la barrière de la langue comme le créole ou le shimaoré qui est la langue maternelle des habitants de Mayotte qui représentent un frein. En effet, les mots techniques comme « *libido* », pour reprendre l'expression d'un ergothérapeute travaillant en SMR, sont très compliqués pour la personne âgée. Après explication du mot *libido*, la personne âgée se trouve gênée.

D'autres ergothérapeutes, soulignent que la méconnaissance du sujet rend difficile et complexe pour aborder le sujet et les ergothérapeutes craignent de rompre cette relation de confiance qui a été souvent parfois longue à installer.

Nous avons vu précédemment que certains thérapeutes sont parfois mal à l'aise pour en parler dans leur évaluation. Pour d'autres, ils ont déjà mis en place des adaptations pour répondre aux besoins verbalisés des résidents. En effet, lors d'un échange téléphonique avec l'ergothérapeute exerçant dans un FAM, elle nous cite l'exemple de trois accompagnements de résidents en lien avec la vie affective et sexuelle. Dans cet accompagnement, elle a pu répondre aux besoins et proposer une mise en place d'aides techniques, d'adaptations, posture...).

Certaines structures encouragent les soignants à prendre en compte la vie affective et sexuelle des résidents dans leur prise en soin. La structure permet aux aides-soignants(es), infirmiers(es) à avoir un discours bienveillant et positif sur la vie affective et sexuelle. Ils sont des personnes-ressources pour l'ergothérapeute. En effet, c'est pendant les soins de nursing que les résidents abordent quelques fois leur besoin affectif et sexuel aux membres du personnel de proximité. Aussi, un ergothérapeute dans un autre établissement m'indique qu'il a été le seul dans sa structure à bénéficier d'une formation sur le thème de la vie affective et sexuelle. Il intervient dès que c'est possible auprès des aides-soignants(es), infirmiers(es) pour les sensibiliser sur ce sujet.

III. PROBLÉMATISATION

Aux vues de l'ensemble des éléments mis en lumière dans notre enquête exploratoire, nous pouvons constater que la vie affective et sexuelle de la personne âgée relève d'une démarche importante de l'ergothérapeute. En effet, nous avons vu préalablement que la vie affective et sexuelle peut faire partie des occupations de la personne âgée et que la « *santé et le bien-être sont intimement liés* » (Trouvé et al., 2013, p.3) pour que la personne puisse réaliser les activités qu'elle doit ou veut faire. Cependant, nous pouvons constater que cela est très difficile à mettre en place dans notre pratique ergothérapique.

Grâce aux apports théoriques, nous avons pu justifier la nécessité de répondre aux besoins des personnes âgées, qui souhaitent retrouver ou maintenir une vie affective et sexuelle.

À travers ce mémoire, l'ergothérapeute sera guidé à travers le prisme du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) qui nous permettra d'enrichir la compréhension singulière de la personne dans la perception du patient à travers son rendement occupationnel. Aussi, le concept de qualité de vie nous permet de mieux comprendre cette dimension multidimensionnelle, qui prend en compte la sphère psychologique, physique, mentale, que nous avons pu évoquer dans le cadre théorique.

L'aspect du cadre légal dans l'accompagnement de la personne âgée au sein d'établissement et de services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) permet à l'ergothérapeute d'être dans une démarche respectueuse et bienveillante, car la personne âgée a le droit à une vie affective et sexuelle si elle le souhaite.

À ce titre, nous cherchons à définir la place de l'ergothérapeute, et de quelle manière celui-ci peut accompagner la personne âgée.

Notre étude tend ainsi à répondre à la question de recherche suivante :

De quelle manière l'ergothérapeute peut-il favoriser la qualité de vie des sujets âgés dans leurs occupations en lien avec la vie affective et sexuelle ?

Dans le but de répondre à cette problématique, deux hypothèses sont envisageables de prime abord :

H1 : Les ergothérapeutes, de par leur expertise dans les activités et les occupations, ont un rôle spécifique dans l'accompagnement de la personne âgée afin d'améliorer la qualité de vie en lien avec leur vie affective et sexuelle.

H2 : L'approche centrée sur les occupations de l'ergothérapeute apporte une vision complémentaire à l'équipe pluridisciplinaire dans l'accompagnement de la personne âgée en lien avec leur vie affective et sexuelle afin d'améliorer leur qualité de vie.

IV. CADRE RÉFLEXIF

Le fil conducteur de ce mémoire d'initiation à la recherche soutient la thématique de la prise en compte de la vie affective et sexuelle de la personne âgée dans la pratique et l'intervention des ergothérapeutes.

Les ergothérapeutes sont des experts dans l'analyse de l'activité et du bien-être et en matière de résolution de problèmes, ceux-ci cherchent à favoriser les capacités d'autonomie et d'indépendance de la personne, dans toutes ses activités de la vie quotidienne, dont la vie affective et sexuelle en fait partie, comme nous l'avons évoqué précédemment.

Afin de vous présenter la méthodologie de recueil de données qui passe dans un premier temps par la constitution d'échantillons et ensuite par la construction de l'outil, le but est de recueillir des données empiriques de qualités pertinentes et fiables, au regard des objectifs de l'étude (Ketele & Roegiers, 1996, cités dans Imbert, 2010).

Notre enquête vise à répondre à la question de recherche suivante :

De quelle manière l'ergothérapeute peut-il favoriser la qualité de vie du sujet âgé dans leur occupation en lien avec la vie affective et sexuelle ?

Cette enquête nous permettra par la suite de tenter de valider ou d'invalider complètement ou partiellement les hypothèses de notre étude :

Hypothèse 1 : Les ergothérapeutes de par leur expertise dans les activités et occupations ont un rôle spécifique dans l'accompagnement de la personne âgée afin d'améliorer la qualité de vie en lien avec leur vie affective et sexuelle.

Hypothèse 2 : L'approche centrée sur les occupations de l'ergothérapeute apporte une vision complémentaire à l'équipe interdisciplinaire dans l'accompagnement de la personne âgée en lien avec leur vie affective et sexuelle afin d'améliorer leur qualité de vie.

La vie affective et sexuelle fait partie intégrante de la santé et du bien-être d'un individu (Ministère de la Santé et de la prévention, 2023). L'environnement, les situations de handicap peuvent affecter négativement la participation à cette occupation. Discuter de manière explicite de la vie affective et sexuelle auprès des personnes âgées s'ils le souhaitent fait partie de notre

compétence du moment, où la personne rencontre des limitations ou des incapacités à le faire.

En effet, l'ergothérapeute peut mettre en lumière trois aspects importants tels que l'aspect :

- De la personne (physique, cognitive, affective...)
- Environnemental (social, physique, environnemental, collaboration interprofessionnelle...)
- Occupationnels (réalisation de l'activité autrement avec des alternatives.

La singularité de l'ergothérapeute est de déceler les changements ou l'interruption d'activité de la personne en prenant en compte son environnement, ses habitudes de vie et ses besoins.

À ce titre, l'ergothérapeute utilise des outils qui ont fait leurs preuves comme le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) ou la Mesure des habitudes de vie (MHAVIE) (Caire, *et al.*, 2012).

Cet outil a une « approche centrée sur la vision de ce que la personne peut exprimer de sa participation sociale » (*Ibid.*, *et al.*, 2012, p.49).

« L'entretien en ergothérapie issu de ce modèle a pour objectif de déceler les changements qui se produisent ou sont perçus par les individus eux-mêmes sur leurs difficultés en matière d'activité quotidienne » (*Ibid.*, *et al.*, 2012, p.49).

Le MHAVIE est un outil qui « *évalue la participation sociale des personnes ayant des limitations d'activité, sans égard au type de déficiences sous-jacentes* » (*Ibid.*, *et al.*, 2012, p.49). « *Elle est conceptuellement basée sur le processus de production du handicap (PPH)* » (*Ibid.*, *et al.*, 2012, p.49). En effet, le MHAVIE va évaluer le niveau de réalisation des habitudes de vie qui ensuite donnera des informations quantitatives et qualitatives du degré de réalisation et de l'impact du handicap vécu par les personnes » (*Ibid.*, *et al.*, 2012, p.49).

IV.1) Méthodologie de recherche

IV.1.1) Les objectifs de l'enquête

La vie affective et sexuelle fait référence à la santé sexuelle, elle fait partie intégrante de la santé et du bien-être, mais aussi de la qualité de vie des individus dans son ensemble, comme nous le rappelle la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance (FNG, 2007). Néanmoins, la vie affective et sexuelle est un sujet sensible et difficile à aborder (Gauillard & Lefebvre des Noëttes, 2015). Selon Trautmann (2008), elle est décrite comme un sujet gênant, délicat et lié à l'intimité (Trautmann, 2008, cité par Combeau & Daure, 2022, p.37). La Haute Autorité de Santé (HAS) montre que « la vie affective et sexuelle est,

encore aujourd'hui, un sujet tabou pour certains professionnels ou institutions » (HAS, 2022, p.8).²⁸

Ainsi, il nous a semblé pertinent par cette étude de questionner les pratiques des ergothérapeutes de l'île de la Réunion et de la France hexagonale sur cette thématique. De plus, les activités sexuelles sont définies par l'American Occupational Therapy Association (AOTA), comme « *l'engagement dans des activités qui mènent à une satisfaction et/ou qui répondent à des besoins relationnels ou reproductifs* » (L'écuyer, Auger & Brousseau, 2020, p.14).

Ce travail d'initiation à la recherche a pour objet l'accompagnement de la vie affective et sexuelle chez la personne âgée. Ce qui nous amène à vous présenter les objectifs suivants :

L'objectif primaire

L'objectif primaire de cette étude est de questionner les ergothérapeutes sur la prise en compte ou la mise en œuvre de la vie affective et sexuelle de la personne âgée dans leur pratique en ergothérapie.

Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Évaluer les méthodes utilisées par les ergothérapeutes dans le cadre de leur processus d'intervention en ergothérapie sur les problématiques en lien avec la vie affective et sexuelle afin de favoriser la qualité de vie de la personne âgée dans les occupations qui sont signifiantes pour elle.
- Identifier les ressources internes et externes de collaboration interdisciplinaire afin d'accompagner dans l'indépendance et l'autonomie la personne âgée dans ces occupations en lien avec la vie affective et sexuelle.

La finalité de ce travail d'initiation à la recherche vise à avoir une visibilité sur l'apport de l'ergothérapie dans l'accompagnement des occupations en lien avec la vie affective et sexuelle de la personne âgée, mais aussi de l'importante à travailler en équipe pluridisciplinaire sur cette thématique. En effet, selon la Haute Autorité de Santé (HAS) « l'accompagnement à la vie affective et sexuelle en institution impliquerait des règles éthiques et un travail en équipe » afin

²⁸ HAS. (2022). Vie affective et sexuelle dans le cadre de l'accompagnement en ESSMS Consulté le 18 juillet 2023 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-06/note_de_cadrage_vie_affective_et_sexuelle_dans_le_cadre_de_laccompagnement_en_essms_vas.pdf

de favoriser le pouvoir d’agir des professionnels sur cette thématique (HAS, 2022, p.5)²⁹.

IV.1.2 Choix de la population

Ce travail d’initiation à la recherche a pour objectif l’accompagnement de la personne âgée dans sa vie affective et sexuelle. Nous avons établi des critères d’éligibilité (tab.1) qui délimitent l’inclusion des ergothérapeutes dans l’étude :

Critère d’inclusion
Ergothérapeutes intervenant actuellement auprès d’un public âgé de 60 et plus
Ergothérapeutes exerçant à la Réunion et en France métropolitaine

Tableau 1 : Les critères d’éligibilité pour recruter des ergothérapeutes

IV.1.3 Lieux de l’enquête

Ce travail d’initiation à la recherche a pour objectif l’accompagnement de la personne âgée dans sa vie affective et sexuelle. Pour notre étude quantitative, nous nous intéressons aux ergothérapeutes de l’île de la Réunion et de la France hexagonale qui travaillent dans les établissements médicosociaux (Maison d’Accueil Spécialisée, Foyer d’Accueil Médicalisée, Établissement d’Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, Soins Médicaux et de Réadaptation...), les hôpitaux, les cliniques ainsi que les ergothérapeutes libéraux.

L’objectif est de récolter des données auprès d’un large échantillon de professionnels. En effet, lors de mon enquête exploratoire, très peu d’ergothérapeutes dans les structures interrogées à la Réunion, accompagnent les personnes âgées dans les occupations en lien avec la vie affective et sexuelle.

²⁹ HAS. (2022). Vie affective et sexuelle dans le cadre de l’accompagnement en ESSMS Consulté le 18 juillet 2023 à https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-06/note_de_cadrage_vie_affective_et_sexuelle_dans_le_cadre_de_laccompagnement_en_essms5_vas.pdf

Le recrutement sera réalisé essentiellement par des recherches sur Internet ainsi que par nos différents contacts de réseaux d'ergothérapeutes, notamment grâce aux stages et à ceux intervenus tout au long de notre cursus de formation à l'IRFE.

IV.1.4 Choix de l'outil de l'enquête

L'étude quantitative a été retenue, car elle permet d'obtenir « avec une précision plus ou moins grande, les résultats observés dans l'échantillon à l'ensemble de la population mère » (Vernette, 2017, p.53). Ici, nous recherchons d'obtenir des réponses sur les pratiques actuelles des ergothérapeutes dans l'accompagnement de la personne âgée dans sa vie affective et sexuelle. Les résultats obtenus nous permettront d'évaluer si les ergothérapeutes abordent cette thématique dans leur pratique. Un éclairage bref sera réalisé concernant la collaboration pluridisciplinaire sur cette thématique qui peut être une ressource pour l'ergothérapeute pour améliorer la qualité de vie de la personne. D'ailleurs, le questionnaire est inspiré du modèle MCREO comme évoqué précédemment.

IV.1.5) Le questionnaire comme outil d'enquête quantitative

Selon Parizot (2012), « l'intérêt du questionnaire est de rassembler une grande quantité d'informations, aussi bien factuelles que subjectives, auprès d'un nombre important d'individus » (Parizot, 2012, p.93). Le but du questionnaire est « d'interroger les individus sur leurs perceptions, leurs comportements, leurs avis... » (Coron, 2020, p.36). Nous pouvons également nous appuyer sur la définition de Fanny Bugeja-Bloch et de Couto Marie-Paule (2015), qui affirme qu'un questionnaire « contient toujours des interrogations destinées à approcher le capital économique, culturel et social des personnes interrogées, autrement dit leurs ressources » (Bugeja-Bloch & Couto, 2015, p.54).

Le questionnaire est constitué de 39 questions, dont 18 questions à choix unique, 5 questions à choix multiples, 16 questions à réponses libres, dont 10 réponses courtes et 6 réponses longues. Le questionnaire devra être clair et agréable, structuré et cohérent. Il est structuré en neuf pôles de questionnements ci-dessous :

	Pôle de questionnement	Caractéristiques / Objectifs	Hypothèses
	Échantillonnage	Filtrer les données. S'assurer de la validité des facteurs d'inclusions	
A	Présentation de l'ergothérapeute	Permet d'avoir des éléments sur les lieux d'exercices des répondants et de leurs âges	
B	Accompagnement en ergothérapie en lien avec la vie affective et sexuelle	Permet d'identifier les ergothérapeutes qui accompagnent les personnes âgées sur la thématique de la vie affective et sexuelle dans leur pratique en ergothérapie.	
C	Expériences professionnelles sur le terrain	Permet d'identifier les années d'expérience, les fréquences d'intervention, mais aussi les attentes et les projets mis en place en lien avec la vie affective et sexuelle des personnes âgées.	H1
D	Accompagnement de la personne âgée dans les occupations en lien avec la vie affective et sexuelle	Modèle conceptuel utilisé - Identification des difficultés des personnes âgées dans les occupations en lien avec leur vie affective et sexuelle - Mise en place de moyens pour répondre aux besoins et attentes des personnes âgées - Évaluation	H1
E	Obstacles dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle du sujet âgé	Identifier les freins dans l'accompagnement de la personne âgée dans sa vie affective et sexuelle	
F	Qualité de vie chez le sujet âgé	Identifier, si l'intervention de l'ergothérapeute améliore la qualité de vie de la personne âgée	H1
G	L'enjeu d'une collaboration en ergothérapie	Identifier la pertinence d'une collaboration pluridisciplinaire dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle du sujet âgé.	H2
H	Ressource pour améliorer sa pratique	Pour les ergothérapeutes qui n'accompagnent pas les personnes âgées sur la vie affective et sexuelle, identifier l'intérêt d'avoir une formation sur cette thématique	

Tableau 2 : Les neuf pôles de questionnements

Une fois l'élaboration du questionnaire réalisée, un pré-test sera réalisé afin de jauger le niveau de compréhension, de lisibilité et enfin de la faisabilité dans le temps fixé pour le remplissage. En effet, il est important de s'assurer que « les questions ne doivent pas être ambiguës ni le vocabulaire trop complexe et qu'il doit aussi être limité dans le temps » (Coron, 2020, p.36). Selon l'auteur une dizaine de minutes semble adaptée, « car les répondants peuvent mettre fin

au questionnaire s'ils le jugent trop long » (Coron, 2020, p.37). Le temps de remplissage du questionnaire est estimé à environ 8 minutes.

Nous diffuserons le questionnaire en lien via l'application Web Google Forms afin de les partager au maximum. Nous avons privilégié ce support, car les ergothérapeutes ne seront pas contraints aux horaires et pourront répondre à tout moment jusqu'à la date limite de retour du questionnaire fixée au 29 mars 2024. Pour que l'analyse quantitative soit représentative, il nous faudra entre 30 et 50 répondants.

IV.1.6 Méthode d'analyse des données

Dans un premier temps, nous vous présenterons l'échantillonnage de l'étude et les résultats bruts de l'enquête. Ils seront présentés sous forme de graphiques afin d'illustrer les retours des répondants. Nous analyserons ensuite les données selon des tests paramétriques ou non paramétriques des éléments obtenus. Pour ce faire, nous pourrions faire appel à un professionnel spécialisé dans des études épidémiologiques pour superviser les résultats.

IV.1.7 Données éthiques et protocoles au regard de la loi Jardé

Le protocole au regard de la loi Jardé dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche n'implique pas la personne humaine au regard de la loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 dans le Code de la Santé Publique et relative aux recherches impliquant la personne humaine.

Notre protocole se situe hors loi Jardé, car notre questionnaire est exclusivement destiné aux ergothérapeutes qui correspondent à l'un des critères des questionnaires aux soignants.

Dans cette partie, il s'agira de vérifier si les données collectées sont conformes aux hypothèses, ou, autrement dit, si les résultats observés correspondent aux résultats prévus par hypothèse (Van Campenhoudt, Marquet & Quivy, 2017). Cependant, les réponses des répondants peuvent mettre en évidence d'autres faits que ceux auxquels nous pouvons nous attendre au regard de la littérature voire même de l'expérience des stages précédents.

L'analyse des résultats de notre enquête vise à répondre à la question de recherche suivante :

De quelle manière l'ergothérapeute peut-il favoriser la qualité de vie du sujet âgé dans leur occupation en lien avec la vie affective et sexuelle ?

Pour mener à bien cette réflexion, les données quantitatives nous permettront d'affirmer ou de réfuter les hypothèses de notre étude :

Hypothèse 1 : Les ergothérapeutes de par leur expertise dans les activités et occupations ont un rôle spécifique dans l'accompagnement de la personne âgée afin d'améliorer la qualité de vie en lien avec leur vie affective et sexuelle.

Hypothèse 2 : L'approche centrée sur les occupations de l'ergothérapeute apporte une vision complémentaire à l'équipe pluridisciplinaire dans l'accompagnement de la personne âgée en lien avec leur vie affective et sexuelle afin d'améliorer leur qualité de vie.

V.2.1) Description de l'échantillonnage

La période de février à mars 2024 a été l'occasion pour nous de diffuser le questionnaire aux ergothérapeutes de l'île de la Réunion et de la France hexagonale qui accompagnent les personnes âgées de plus de 60 ans dans différentes structures telles que les établissements médicosociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, Foyer d'Accueil Médicalisée, Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, Soins Médicaux et de Réadaptation...), les hôpitaux, les cliniques et également auprès des ergothérapeutes libéraux.

À la fin de date limite annoncée pour participer à notre enquête, nous avons recueilli un total de 40 réponses à notre questionnaire. Parmi ces 40 réponses, 7 réponses ne sont pas exploitables pour des raisons techniques dont 1 ne répondait pas aux critères. Toutes les réponses du questionnaire ont été traitées de façon anonyme.

L'échantillon final comptabilise 32 bases de données exploitables pour l'analyse des résultats.

Lieux d'exercice	
France hexagonale	23
Île de la Réunion	9
Genre	
Homme	4
Femme	27
Autres	1
Âge	
Moins de 25 ans	1
Entre 25 et 30 ans	18
Entre 31 et 40 ans	7
Entre 41 et 50 ans	2
Plus de 50 ans	4
Année d'obtention du D.E	
Moyenne (min ; max)	2013,6 (1986 ; 2023)
Ecart type	9,32

Tableau 3: Renseignements concernant la population de l'étude

Tous les ergothérapeutes de l'échantillon déclarent travailler auprès des personnes âgées de plus de 60 ans. Nous voyons qu'une majorité d'ergothérapeutes de la **France hexagonale ont répondu avec 71,87%** contre 28,13% à la réunion. Nous observons que parmi les répondants, nous retrouvons une **surreprésentation féminine avec 84% de femmes** puisqu'elles étaient vingt-sept, 13% d'hommes et 3% qui ne souhaitaient pas préciser. Concernant l'année d'obtention d'Etat d'Ergothérapeute, il est obtenu en moyenne en 2013 (avec des valeurs limites entre 1986 et 2023). La majorité des répondants ont été diplômés en 2017.

En ce qui concerne l'âge moyen, le plus représentatif se situe entre [25 et 30 ans] avec **56,25%** des échantillons, ce qui constitue une population relativement jeune.

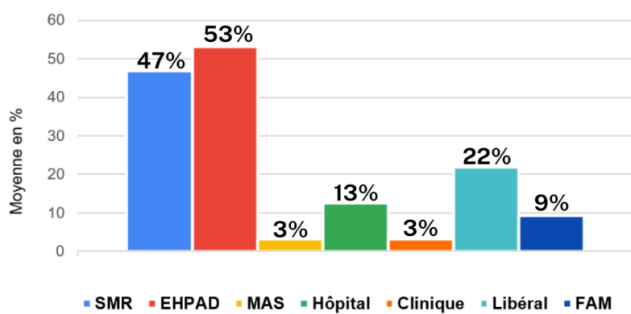


Figure 5 : Lieux d'exercice des professionnels interrogés

Au niveau des lieux d'exercice (fig. 5), les ergothérapeutes de notre étude exercent pour 53% d'entre eux en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Notons bien que certains participants déclarent travailler dans plusieurs établissements à la fois.

V.2.2) Présentation et analyse des résultats bruts du questionnaire

Pôle de questionnement B : Accompagnement en ergothérapie en lien avec la vie affective et sexuelle

Nous observons que 43,75% (14) des répondants accompagnent les personnes âgées dans les activités en lien avec la vie affective et 56,25% (18) ne l'ont jamais fait (fig.6). Cela montre clairement que plus de la moitié de l'échantillon ne l'inclut pas dans leur pratique.

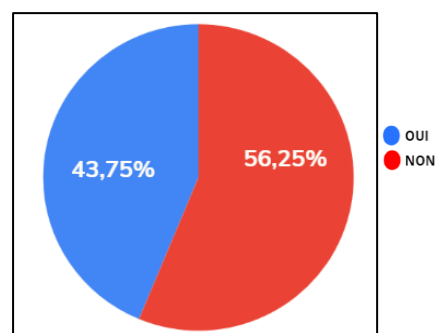


Figure 6 : Pourcentage de répondant qui accompagnent les personnes âgées dans la vie affective et sexuelle

L'exploitation des données sera donc basée sur les 14 ergothérapeutes qui accompagnent les personnes âgées dans leur vie affective et sexuelle du pôle de questionnement C à G, car ils font partie des critères d'inclusion. Le pôle de questionnement H regroupera à nouveau tous les ergothérapeutes (32) de notre échantillon.

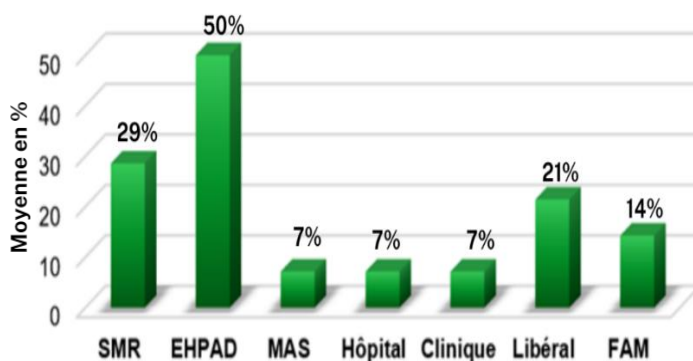


Figure 7 : Moyenne (%) par établissement des ergothérapeutes qui accompagnent les personnes âgées dans leur vie affective et sexuelle

Après avoir identifié les professionnels qui accompagnent les personnes âgées dans leur vie affective, nous observons que la moitié exerce pour 50% d'entre eux en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (fig.7).

Nous avons tenté de démontrer s'il y a un lien entre les ergothérapeutes qui sont diplômés récemment et ceux qui sont diplômés depuis longtemps dans l'accompagnement des personnes âgées de plus de 60 ans dans leur vie affective et sexuelle.

Nous avons établi arbitrairement que les ergothérapeutes qui sont diplômés de 2020 à 2023 de notre échantillon sont des diplômés récents et en dessous de 2020, sont considérés comme anciens. Le résultat démontre qu'il n'y a pas de différence

significative (p-valeur >0,0001) entre les ergothérapeutes diplômés récemment (de 2020 à 2023) et ceux qui sont diplômés depuis longtemps (en dessous de 2020). Il n'influence donc pas l'accompagnement de la vie affective et sexuelle de la personne âgée (fig.8).

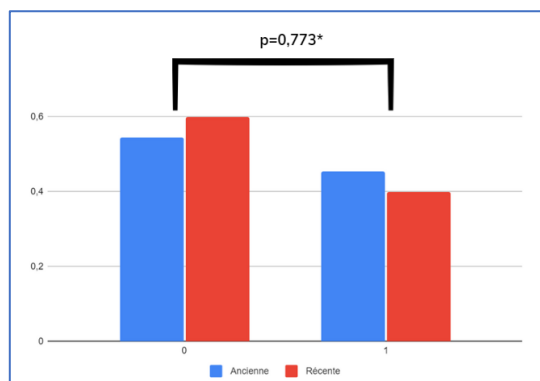


Figure 8 : L'influence de l'année d'obtention du diplôme sur l'accompagnement de la vie affective et sexuelle de la personne âgée

Pôle de questionnaire C : Expériences professionnelles sur le terrain

En ce qui concerne le nombre d'années d'expérience dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle du sujet âgé, nous constatons qu'elle est très variable, allant pour un ergothérapeute jusqu'à 30 ans d'expérience (fig.9)

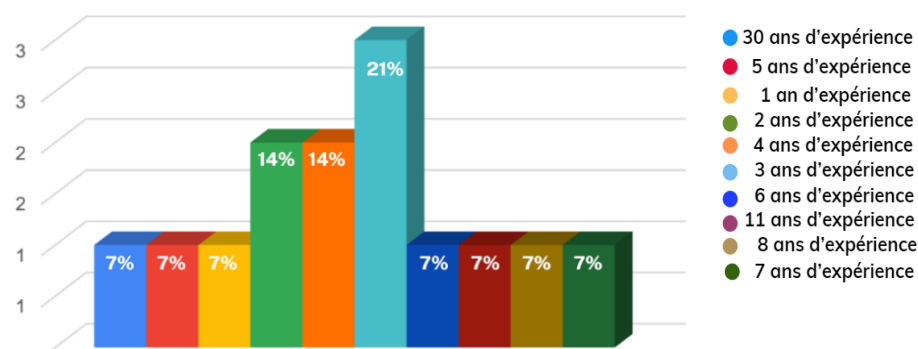


Figure 9 : Moyenne (%) par nombre d'année d'expérience des ergothérapeutes dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle du sujet âgé

Plus de la moitié des répondants (64,25%) sont intervenus au moins 5 fois au cours de leur parcours professionnels dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle des personnes âgées, moins de 10 fois pour 14,29%, et plus de 10 fois pour 21,42% d'entre eux.

À noter que cette thématique est aussi bien **abordée par les personnes âgées elles-mêmes pour 21% que par les ergothérapeutes pour 21%** également (**fig.10**). Cependant, d'autres ergothérapeutes déclarent échanger sur cette thématique avec d'autres professionnels tels que les aides-soignantes, les gériatres ou les psychologues. Deux ergothérapeutes mettent en évidence que cela dépend de la situation rencontrée sur le terrain et des suivis.

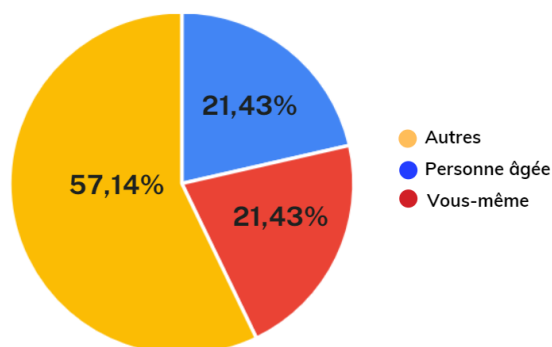


Figure 10 : Moyenne (%) des personnes qui abordent en premier la vie affective et sexuelle

Nous avons constaté qu'au regard de l'analyse des résultats, les attentes et les besoins des personnes âgées recueillis par les ergothérapeutes montrent que les personnes âgées **ont besoin d'affection, d'écoute, de caresse**, mais aussi d'avoir des **relations sexuelles**. Le **manque d'information, de conseils sur les aménagements, les aides techniques** existantes et les postures sont aussi des demandes rapportées par les ergothérapeutes pour qu'elles réadaptent leur vie affective et sexuelle. Par ailleurs, un ergothérapeute déclare que certaines personnes âgées qui veulent reprendre une vie sexuelle se posent la question si cela peut entraîner une crise cardiaque après l'implantation d'un défibrillateur.

Pour répondre aux attentes et aux besoins des personnes âgées, différents projets ont été développés ou mis en place par les ergothérapeutes de notre étude. Pour les plus représentatifs, certains répondants déclarent avoir aménagé l'environnement en mettant en place **des lits à deux places médicalisées, des chambres communicantes** et enfin la mise en place du **lieu et d'un temps adapté** pour être en autonomie et en sécurité. Par ailleurs, des **programmes d'éducation thérapeutique** du patient (ETP) sur la vie affective et sexuelle sont mis en place en collaboration avec des psychologues, des supports de communication tels que les **flyers, des affiches** pour aborder le sujet dans des temps informels ou non. Cependant, on note que les ergothérapeutes prescrivent des **aides techniques** sans donner plus de précision, mais

également des aides à la mobilité sexuelle (**sextoys**) avec une fiche explicative pour permettre à la personne d'être en autonomie et que l'acte se fasse en toute sécurité ou des **aides à communication** de type outil informatique avec contacteur sensoriel. L'analyse des questionnaires relève qu'un participant envisage de mettre en place en collaboration avec une psychologue un **questionnaire anonyme** (vie affective et sexuelle) avec les résidents qui sera discuté par la suite avec la personne âgée si elle se manifeste pour en discuter.

En revanche, la formation et les temps de travail de groupe entre professionnels ont été évoqués que deux fois.

La mise en place d'ETP (éducation thérapeutique du patient) par certains ergothérapeutes en collaboration avec les psychologues cités plus haut, démontre un intérêt de la prise en compte de la vie affective et sexuelle dans les occupations qui ont du sens pour les personnes âgées. Cette information vient confirmer les directives prioritaires du Haut Conseil de la Santé Publique, et de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 du ministère des affaires sociales et de la santé³⁰ sur la qualité de vie sexuelle des personnes âgées, présentant une maladie chronique.

Pôle de questionnement D : Accompagnement de la personne âgée dans les occupations en lien avec la vie affective et sexuelle.

Nous constatons que parmi les 14 répondants, **47%** d'entre eux déclarent connaître des modèles conceptuels pour aborder la vie affective et sexuelle (**fig.11**).

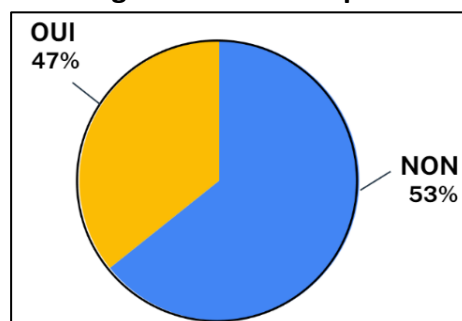


Figure 11 : Moyenne (%) des ergothérapeutes sur la connaissance des modèles conceptuels

Le modèle le plus cité est :

- **le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)**, avec 4 répondants ;
- le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) est cité par 2 personnes ;
- le modèle KAWA par 1 personne ;
- Ceux qui ont répondu Non (7 personnes) n'ont pas apporté d'élément.

³⁰ Ministère des affaires sociales et de la santé. (s.d). Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030. Repéré le 10 avril 2024 à https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

Parmi les participants, une majorité déclare aborder le sujet lorsque **les personnes âgées expriment les besoins** (une problématique, la verbalisation d'un manque d'affection). Elle est également évaluée par l'ergothérapeute lors du **premier entretien (anamnèse)** ou en séance **d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)** ou lors de **projets individualisés** qui visent à répondre à long terme aux besoins et aux attentes de la personne accueillie. L'orientation vers d'autres professionnels en fonction des besoins, autres que l'ergothérapie sont mentionnées par un des participants.

Ce qui nous amène à vous présenter les différents domaines (Personne, Occupation et Environnement) qui limitent les personnes âgées dans les occupations en lien avec leur vie affective et sexuelle et qui sont identifiés par les ergothérapeutes. Pour cela nous nous sommes inspirés du modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO), modèle conçu en 1997 par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE), fondé sur les travaux de Mary Reily (Morel-Bracq, 2009).

- **La personne** : « la représentation sociale (le regard, la peur du jugement de l'entourage et des soignants) liée à la sexualité et au vieillissement. Le côté tabou rend difficile d'aborder le sujet avec les médecins. Les diminutions physiques, les difficultés motrices et les troubles cognitifs sont les aspects qui limitent également la personne âgée dans son engagement dans les occupations en lien avec la vie affective et sexuelle. Pour d'autres, ce sont les difficultés à communiquer et à interagir avec les autres.

La méconnaissance des possibilités d'aide technique a été identifiée par un ergothérapeute.

- **L'Occupations** : pour une majorité des ergothérapeutes, à **85,71%**, les soins personnels (l'habillage, le déshabillage pour rencontrer des amis, avoir des relations sexuelles...) influencent l'engagement occupationnel de la personne âgée dans les occupations en lien avec la vie affective et sexuelle (**fig.12**).

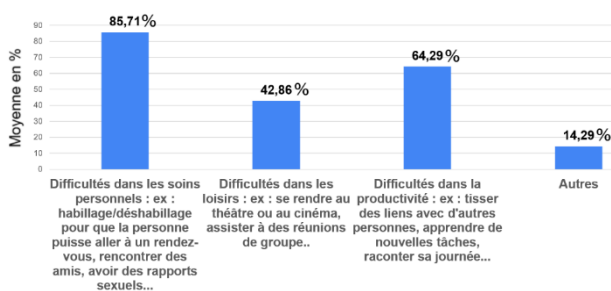


Figure 12 : Moyenne (%) difficultés des personnes âgées dans les occupations en lien avec la vie affective et sexuelle

- **L'environnement** : Une majorité de répondants déclarant que l'environnement architectural ne permet pas souvent les rencontres entre personnes âgées. Les contraintes institutionnelles ainsi que le manque de respect à l'intimité et à la pudeur de la personne âgée sont aussi rapportées par les ergothérapeutes.

Lorsque nous interrogeons sur les modèles de pratiques utilisés lors de leur intervention, parmi les 14 répondants, **42,86%** d'entre eux utilisent aussi bien le **modèle de compensation que le modèle éducatif et de prévention dans leur**

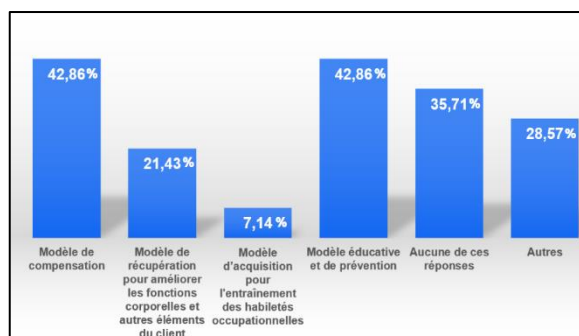


Figure 13 : Moyenne (%) des modèles pratiques utilisés par les ergothérapeutes

intervention (fig.13). Nous constatons que le modèle de récupération est de 21,43% et le modèle d'acquisition pour l'entraînement des habiletés occupationnelles est de 7,14%. En revanche 35,71% des répondants ne sont pas positionnés sur aucun des modèles proposés. D'autres réponses telles que l'Occupation Therapy Intervention Process Model (OTIPM) et le modèle éducatif et de prévention pour les soignants ont été citées par deux ergothérapeutes. À noter que les ergothérapeutes pouvaient sélectionner plusieurs réponses.

Au regard de leur intervention, **92,86%** des ergothérapeutes ont noté un changement très significatif. En revanche, un seul ergothérapeute (**fig.14**) n'a pas eu le temps de mettre en place les actions décidées.

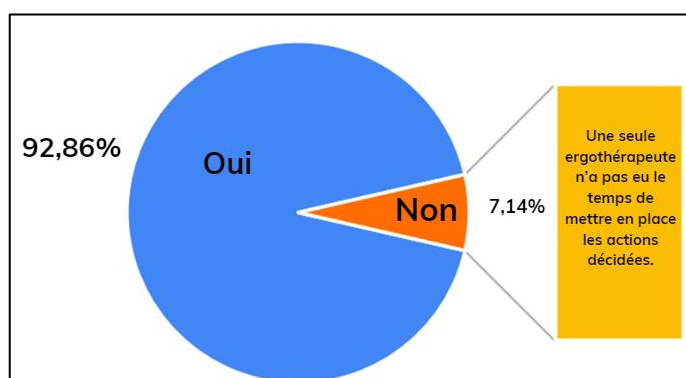


Figure 14 : Moyenne (%) changement au niveau engagement occupationnel de la personne âgée après intervention de l'ergothérapeute

Pôle de questionnaire E : Obstacles dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle chez le sujet âgé

Lorsque nous interrogeons les participants sur les différents obstacles rencontrés dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle (fig.15).

Une grande majorité d'entre eux déclarent à **83,33%**

l'environnement social (les proches, les soignants...),

l'environnement physique (l'environnement pas adapté...) pour 58,33% et l'environnement institutionnel (le fonctionnement du service, la hiérarchie...) pour 33,33%.

Dans les autres réponses fournies (14,28%), un répondant déclare que les personnes âgées n'ont pas l'habitude d'aborder ce sujet, notamment chez les femmes. Tandis que l'autre n'identifie aucun obstacle, car soutenue par les médecins, le Cadre de santé et la psychologue.

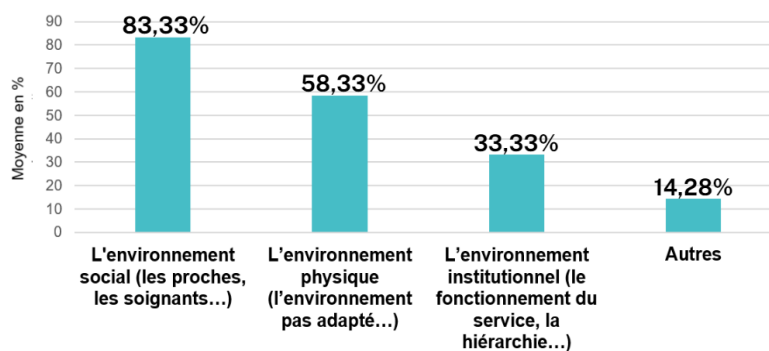


Figure 15 : Moyenne (%) des différents obstacles dans l'accompagnement de la personne âgée dans la vie affective et sexuelle

Force est de constater que des **limites** dans l'accompagnement de la personne âgée dans la vie affective et sexuelle sont identifiées pour **92,86%** des participants (fig.16).

Pour justifier leurs réponses, les participants avancent que le contexte sociétal limite souvent leurs interventions du fait que c'est un sujet tabou, que ce soit au regard de la famille ou des soignants. D'autre part, les troubles cognitifs, les troubles psychiques et les comorbidités sont aussi

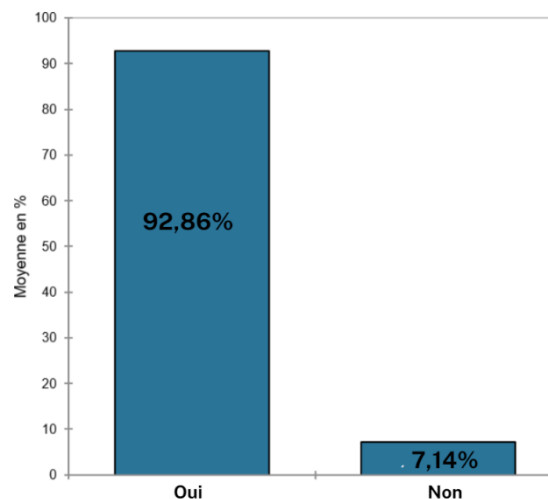


Figure 16: Moyenne (%) des ergothérapeutes qui identifient les limites dans leurs accompagnements

identifiés comme étant des limites dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle des personnes âgées. Ce qui est intéressant, au-delà des réponses apportées, les limites personnelles ou d'ordre éthique et le manque de formation sont également identifiés.

Pôle de questionnement F : Qualité de vie chez le sujet âgé

Selon les répondants, **85,71%** d'entre eux déclarent évaluer la qualité de vie dans le domaine de la vie affective et sexuelle (**fig.17**). Toutefois, trois participants mettent en évidence que cela dépend du degré de l'importance que les personnes âgées attachent à leur vie affective et

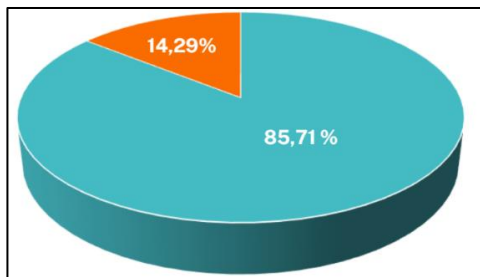


Figure 17 : Moyenne (%) des évaluations de la qualité de vie dans le domaine de la vie affective et sexuelle

sexuelle. De même, un participant précis qu'après l'évaluation, la personne âgée est orientée vers la psychologue.

Il est noté que **100%** des professionnels se disent être d'accord (85,71% absolument d'accord et 14,29% plutôt oui) sur le fait que des problèmes concernant l'occupation de la vie affective et sexuelle peuvent impacter la qualité de vie de la personne âgée.

Lorsque nous interrogeons les participants sur les conséquences sur la qualité de vie, nous constatons que **78,57%** des professionnels interrogés déclarent que cela se traduit souvent par de la frustration, de l'irritabilité, du stress et une baisse de l'estime de soi. Selon d'autres professionnels, un fort isolement, l'apparition de dépression et des oppositions aux soins contribuent à une perte de rôle social.

Pôle de questionnement G : L'enjeu d'une collaboration en ergothérapie dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle chez le sujet âgé

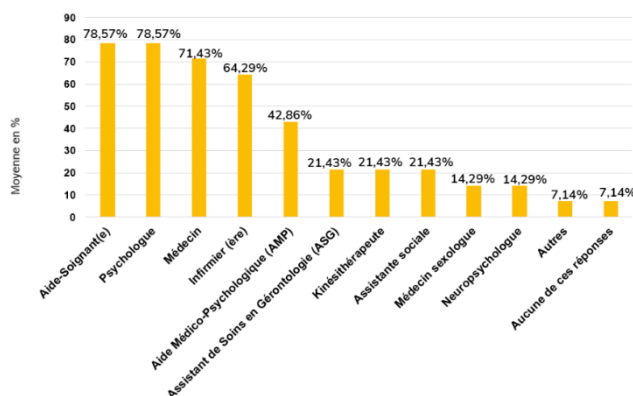


Figure 18 : Les différents professionnels qui collaborent avec l'ergothérapeute sur le thème de la vie affective et sexuelle du sujet âgé

D'après l'ensemble des professionnels interrogés, nous constatons que les 14 répondants évaluent **l'apport des autres professionnels dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle du sujet âgé** comme étant important à hauteur de **100%**. Parmi les participants, la collaboration avec **les aides-soignants(es)**

et les psychologues est la plus représentative avec **78,57%**. Viennent ensuite les médecins pour 71,43%, les infirmières pour 64,29%, les aides médico-psychologiques pour 42,86%. Les assistants de soins en gérontologie, les kinésithérapeutes ainsi que les assistantes sociales représentent 21,43% pour chacun d'eux. Enfin, les médecins sexologues et les neuropsychologues représentent pour chacun d'eux 14,29%.

D'autres réponses ont été fournies, comme la collaboration avec une Orthophoniste. Malgré l'importance de travailler en collaboration sur cette thématique et que certains professionnels semblent être à l'aise pour en parler, ce qui favoriserait la relation de confiance avec la personne âgée, certains participants désignent comme obstacle au travail pluridisciplinaire, le problème du tabou et de l'acceptation que les personnes âgées peuvent avoir une vie affective et sexuelle.

Pôle de questionnement H : Ressource pour améliorer sa pratique

Le pôle de questionnement H, regroupe les 32 participants sur la question de la formation reçue sur la vie affective et sexuelle au cours de leur parcours professionnel. Une majorité des participants déclarent, pour **84,38%** d'entre eux **n'avoir pas reçu de formation**. Ce chiffre soulève la carence notable du manque de formation sur la vie affective et sexuelle au cours de leur parcours professionnel.

Cependant, nous pouvons tout de même extraire deux éléments qui nous paraissent

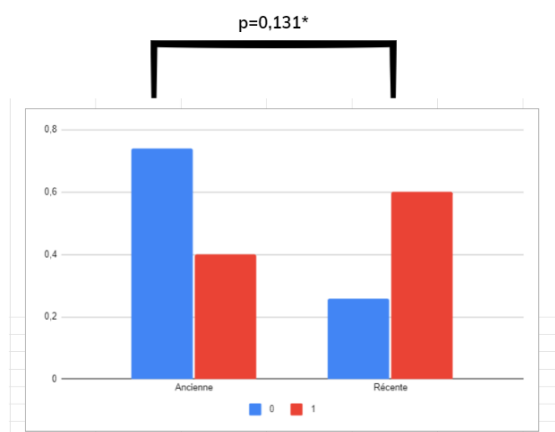


Figure 19 : L'influence de la formation « vie affective et sexuelle » et les ergothérapeutes diplômés récemment

importants. Il semblerait que les ergothérapeutes diplômés récemment (de 2020 à 2023) sont plus formés sur la vie affective et sexuelle que les ergothérapeutes avec un diplôme ancien (en dessous de 2020). Nous constatons que la différence est presque significative (p -valeur $> 0,131$). Nous postulons qu'avec un plus gros échantillon, nous aurions eu une différence significative et avoir des points de concordances (fig.19).

Elle s'explique pour **46,43%** d'entre eux que la structure ne le propose pas. Pour 28,57% des répondants, il n'y a pas eu de demande de la part des personnes âgées pour vouloir faire cette formation. 10,71% d'entre eux déclarent manquer de temps pour faire cette formation et aucune de ces réponses pour 17,86% (**fig.20**).

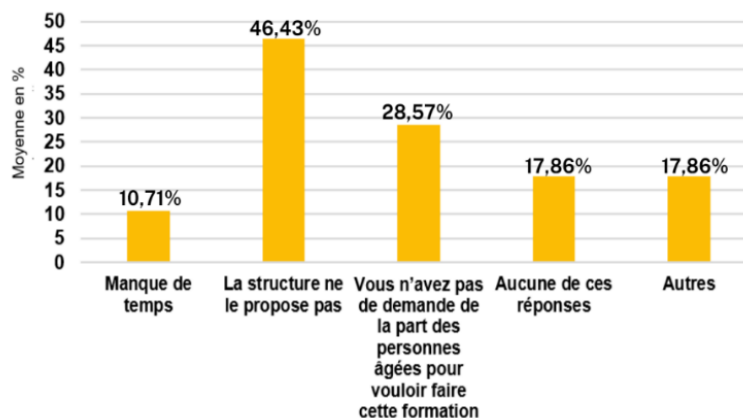


Figure 20 : Justification des ergothérapeutes n'ayant pas eu de formation sur la vie affective et sexuelle

Cependant d'autres réponses sont fournies. On retrouve dans les réponses des participants, les *professions libérales* qui mettent en avant que les formations sur la vie affective et sexuelle **soient des freins, car elles sont souvent autofinancées**. Pour d'autres, la **non-connaissance des formations** existantes sur la vie affective et sexuelle a été également fournie comme explication. Cela étant, les 32 ergothérapeutes pour **84,38%** déclarent être d'accord qu'une formation sur la vie affective et sexuelle devrait être délivrée au sein de leur lieu d'exercice contre 15,63% qui ne le souhaitent pas.

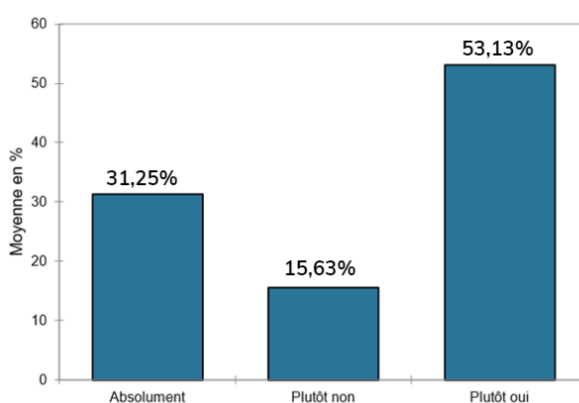


Figure 21 : Moyenne (%) d'ergothérapeutes qui souhaitent être formé sur la vie affective et sexuelle

V.2.3) Analyse globale de l'enquête

Les résultats exposés ci-dessus permettent de répondre à notre question de recherche : **De quelle manière l'ergothérapeute peut-il favoriser la qualité de vie du sujet âgé dans les occupations en lien avec la vie affective et sexuelle ?**

Au regard des réponses obtenues par le biais du questionnaire, nous allons répondre à la problématique ci-dessus et les hypothèses seront également vérifiées.

Premièrement l'analyse des résultats du questionnaire permet **de confirmer l'hypothèse 1 : Les ergothérapeutes de par leur expertise dans les activités et occupations ont un rôle spécifique dans l'accompagnement de la personne âgée afin d'améliorer la qualité de vie en lien avec leur vie affective et sexuelle.**

Le pôle de questionnement **C et D** permet de confirmer cette hypothèse. Au regard des retours des questionnaires des répondants, nous nous sommes aperçues que certains évaluent les habitudes de vie liées à la vie affective et sexuelle du sujet âgé. Les ergothérapeutes recueillent pour une grande partie d'entre eux les **attentes et les besoins** dans les occupations en lien avec la vie affective et sexuelle par le **biais d'entretiens ou lors des bilans d'entrées** en utilisant des **modèles conceptuels** pour **identifier les difficultés et/ou l'importance** de la vie affective et sexuelle chez la personne âgée.

Les réponses les plus citées par les participants se focalisent de l'importance pour la personne âgée d'avoir **une intimité corporelle, des temps d'échange, des caresses, voire même d'avoir des rapports sexuels** "pour satisfaire des besoins physiologiques". Le manque d'information, de conseils sur les aménagements et des aides techniques existantes a également été identifié.

L'environnement physique et social (l'entourage), ont un impact sur l'agir de la personne et également sur l'intervention des ergothérapeutes. Nous observons que l'environnement social (les proches, les soignants...) limite cet accompagnement pour 85,71% d'entre eux. L'environnement physique pour 64,29%, montre qu'il n'est pas adapté pour respecter l'intimité et la pudeur de la personne âgée. Elle contribue de ce fait à favoriser l'isolement social et à créer chez la personne âgée un sentiment de solitude qui par la suite crée de la frustration, du stress, voire de la dépression, une perte de rôle et de l'estime de soi.

Les questionnaires ont révélé également que les diminutions physiques, les difficultés motrices et les troubles cognitifs limitent la personne âgée dans son engagement dans l'occupation en

lien avec la vie affective et sexuelle.

Le rôle de l'ergothérapeute en tant qu'expert en habilitation de l'occupation vient faciliter les occupations qui ont du sens pour la personne. Notre étude quantitative a pu mettre en lumière les moyens mis en place par certains ergothérapeutes pour améliorer la qualité de vie de la personne âgée en lien avec leur vie affective et sexuelle (**fig.22**).

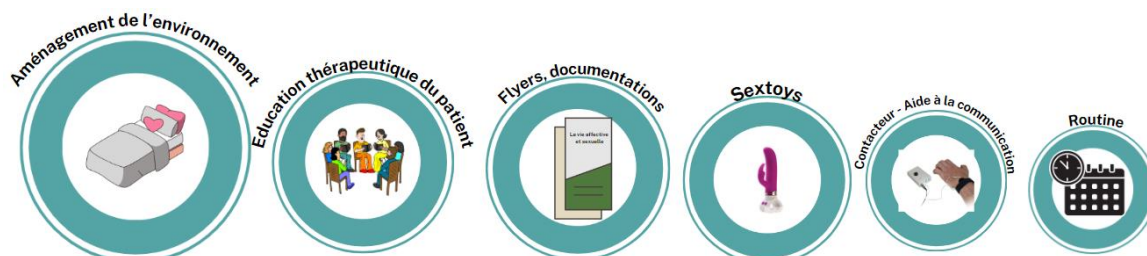


Figure 22 : Les moyens mis en place par les ergothérapeutes

Les plus cités dans les réponses des répondants c'est l'aménagement de l'environnement pour faciliter la vie sexuelle et des aides aux positionnements. Viennent ensuite les séances d'Éducation thérapeutique sur la vie affective et sexuelle et la mise à disposition de documentation de type flyers et livrets de postures lors d'ETP. Nous notons également que les ergothérapeutes préconisent des aides techniques, mais aussi des aides à la mobilité sexuelle de type sextoys (avec une fiche explicative pour permettre à la personne d'être en autonomie pour que l'acte se fasse en toute sécurité) et des séances d'éducation autour de l'hygiène. Proposer des aides à la communication et enfin l'instauration d'une routine pour qu'il y ait moins d'intervention de l'ergothérapeute.

L'exploitation des données nous permet de **confirmer l'hypothèse 2 qui est la suivante :**

L'approche centrée sur les occupations de l'ergothérapeute apporte une vision complémentaire à l'équipe pluridisciplinaire dans l'accompagnement de la personne âgée en lien avec leur vie affective et sexuelle afin d'améliorer leur qualité de vie.

L'analyse des résultats a mis en avant que l'ergothérapeute n'agit pas seul dans l'accompagnement de la personne âgée dans cette thématique, comme cela est prouvé dans notre échantillon dans le **pôle de questionnement G** comme cité également dans le cadre théorique, l'interdisciplinarité c'est savoir comment « combiner différents savoirs, issus de diverses spécialités ou disciplines pour converger de manière cohérente vers une réponse à un problème posé » (Hatano-Chalvidan, 2016, p.13). L'apport de chaque professionnel est donc

significatif, selon notre échantillon. Cependant, les professionnels les plus représentatifs dans la collaboration avec l'ergothérapeute sont les aides-soignantes et les psychologues. Ceci s'explique par le nombre d'ergothérapeutes travaillant en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes ayant répondu à notre questionnaire. Toutefois, nous observons qu'il existe encore des obstacles à travailler en collaboration sur cette thématique tels que le tabou et l'acceptation que les personnes âgées aient le droit d'avoir une vie affective et sexuelle.

Ces éléments nous permettent de conclure que la pluridisciplinarité peut engendrer des difficultés dans l'accompagnement de la personne âgée dans des occupations en lien avec la vie affective et sexuelle, mais aussi permet de confirmer que l'ergothérapeute apporte une vision complémentaire à l'équipe pluridisciplinaire dans l'approche centrée sur les occupations en lien avec la vie affective et sexuelle.

V.3) Interprétation des résultats

Avant d'exposer l'interprétation des résultats de l'enquête, il nous semble important de noter que parmi les 32 participants, 100% de l'échantillon pensent que la vie affective et sexuelle contribue une part signifiante et significative chez le sujet âgé de plus de 60 ans.

On observe également une surreprésentation féminine avec presque 84% de femmes (27/32) et 13% (4/32) et 3% (1/32) qui ne souhaitaient pas préciser. La répartition entre femmes et hommes au sein de la profession d'ergothérapeute en France est très significative par rapport à la réalité du terrain. En effet, la France comptait au 1^{er} janvier 2023, « 14 930 ergothérapeutes (occupational therapists), dont 87% de femmes » (ANFE, s.d).

Selon Doris Pierce, ergothérapeute et chercheuse en science de l'occupation « la science de l'occupation émane d'une profession de santé à prédominance féminine » (Pierce, 2016, p.346). L'enquête nous indique que parmi l'ensemble des ergothérapeutes qui travaillent auprès des personnes âgées seulement 47,75% des répondants déclarent accompagner les personnes âgées dans leur vie affective et sexuelle. Ce qui tend à montrer que la place de la vie affective et sexuelle n'est pas une généralité chez les ergothérapeutes travaillant auprès du sujet âgé.

D'ailleurs, 64,25% d'entre eux, sont intervenus au moins 5 fois dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle du sujet âgé au cours de leur parcours professionnel.

L'étude nous montre également que l'accompagnement des personnes âgées dans la vie affective et sexuelle est plus représentatif dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) tels que les Établissements d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les Services Médicaux de Rééducation (SMR) et les Foyers d'accueil médicalisé (FAM). Elle s'explique que les ergothérapeutes exerçant en ESSMS ont majoritairement répondu à notre questionnaire d'étude. Cependant, nous observons aussi que les ergothérapeutes libéraux ont également leur place dans cet accompagnement.

Nous pouvons également relever que les participants de notre étude sont des personnes d'âge jeune (entre 25 et 30 ans). Ce qui pourrait sous-entendre que les personnes jeunes sont plus à l'aise pour aborder la vie affective et sexuelle chez le sujet âgé.

Toutefois, cette enquête a été très intéressante, car contrairement aux idées fausses souvent rapportées, selon lesquelles la vie affective et sexuelle cesse en raison du vieillissement. Les

résultats de l'enquête tendent à montrer que les ergothérapeutes interrogés ont développé des compétences et des connaissances pour accompagner les personnes âgées dans leur vie affective et sexuelle. Selon les participants, les besoins et les attentes sont identifiés par le biais d'entretien ou de bilan d'entrée.

Il serait important de rappeler que selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANESM), le recueil de données est un point capital dans la « méthodologie en ergothérapie qui permettent de définir, valider et d'hierarchiser les problèmes du patient » (ANESM, 2001, p.22).³¹

Pour recueillir les données, certains ergothérapeutes utilisent le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO), et son outil le MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel) décrit dans le cadre théorique. C'est un modèle centré sur le client qui met en avant les liens entre la Personne, l'Environnement et l'Occupation. Pour d'autres, le modèle utilisé est le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) et le modèle KAWA.

Nous nous sommes donc appuyés sur le modèle du MCREO pour mettre en avant les différents domaines dans lesquels, les ergothérapeutes ont identifié **les limites dans les occupations des personnes âgées en lien avec la vie affective et sexuelle**. Pour une meilleure compréhension, nous avons proposé aux ergothérapeutes de les classer au regard des 3 domaines (Personne, Occupation et Environnement) du MCREO.

- **Personne :**

- Le regard et le jugement de l'entourage et des soignants ;
- Le sujet tabou qui rend difficile d'en parler à un médecin ;
- Les diminutions physiques, motrices, les troubles cognitifs ;
- Méconnaissance des aides techniques existantes.
- Difficultés dans le domaine de la communication et des interactions sociales pour répondre

- **Occupation**

- Difficultés à s'habiller ou à se déshabiller ;

³¹ ANESM. (2001). Le dossier du patient en ergothérapie. Service des recommandations et références professionnelles. Repéré le 16 avril 2024 à https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ergoth_rap.pdf

- À rencontrer des amis ou à tisser des liens avec d'autres personnes
 - Se rendre dans des lieux de loisirs
 - Apprendre de nouvelles tâches
- **Environnement**
- L'architecture des structures qui ne permettent pas des rencontres entre personnes âgées
 - Le respect de la vie privée et de l'intimité qui est mis à mal par les contraintes que la vie en collectivité génère.

Ces éléments viennent confirmer notre cadre théorique. En effet, selon (Bellami, 2021, p.57) *« la possibilité de nouer et d'entretenir des relations sexuelles et/ou affectives peut être empêchée parfois par des difficultés institutionnelles »*.

Au regard des difficultés que rencontrent les personnes âgées dans les occupations en lien avec la vie affective et sexuelle, l'ergothérapeute cherchera à analyser l'activité. Cette analyse *« cherche à mettre en évidence les interactions entre la personne, l'activité et l'environnement et les relations entre l'activité et la santé ainsi que le potentiel thérapeutique de l'activité »* (Morel-Bracq, 2006, cité par Alexandre & Lefèvre, 2012, p. 254).

Nous avons pu remarquer que les ergothérapeutes de notre échantillon détiennent des compétences pour répondre aux besoins et aux attentes des personnes âgées. Les actions mises en place ne sont pas toutes les mêmes en fonction de l'établissement qu'exerce l'ergothérapeute. Cependant, une grande majorité déclare proposer des aménagements de l'environnement, les aides techniques et l'éducation thérapeutique en fonction des demandes dans leurs lieux d'exercice.

En effet, les répondants de l'enquête montrent que les personnes âgées ont besoin d'affection, de contact physique, d'écoute et de caresses. Au regard de ce constat, ces éléments viennent confirmer en partie notre cadre théorique à savoir que la sexualité prend une autre forme : *« elle devient différente, moins physique et davantage relationnelle, moins sexuelle et plus sensuelle »* (Colson, 2012, p.124).

Cependant, force est de constater que certains répondants déclarent que les personnes âgées placent la vie sexuelle comme étant un élément important. Cela démontre bien que le besoin

d'affection et le besoin d'une vie sexuelle sont bien réels.

Ce qui nous amène à dire que contrairement aux idées reçues, la vie affective et sexuelle « *ne disparaît pas avec l'âge* » (Les petits frères des Pauvres, 2022, p.33).

Comme cité dans le cadre théorique, la Haute Autorité de Santé indique que la vie affective et sexuelle de la personne âgée ne doit pas se rapporter qu'à l'acte sexuel et affirme que :

« L'absence d'activités sexuelles génitales, chez des personnes âgées, ne signifie pas que la sexualité est inexistante. Elle peut prendre des formes variées, notamment des ressentis lors de contacts corporels dans le cadre de relations de soins, d'expériences sensorielles, de plaisir dans des activités de loisir, d'émergence de fantasmes érotiques en regardant la télévision, de même que des tentatives de séduction lors de relations sociales (20). Les dimensions socio-affectives manquent à ces personnes, bien plus qu'une vie sexuelle active »¹³ (HAS, 2022, p.4).

La mise en place d'aide technique (les coussins de positionnement, les lits médicalisés, l'utilisation de sextoys avec une fiche explicative pour permettre à la personne d'être en autonomie et que l'acte se fasse en toute sécurité), l'adaptation de l'environnement comme les chambres communicantes et l'aide à la communication (support, contacteur sensoriel) sont citées comme les moyens mis en place par les ergothérapeutes.

Cependant, certains ergothérapeutes déclarent malgré tout rencontrer **des limites** pour accompagner les personnes âgées en situation de handicap dans leur vie affective et sexuelle. Les plus représentatives sont les personnes qui présentent des troubles que ce soit aux niveaux physiques, moteurs ou cognitifs.

La mise en place d'ETP (éducation thérapeutique du patient) par certains ergothérapeutes en collaboration avec les psychologues démontre un intérêt de la prise en compte de la vie affective et sexuelle dans les occupations qui ont du sens pour les personnes âgées. Cette information vient confirmer les directives prioritaires du Haut Conseil de la Santé Publique, et de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 du ministère des affaires sociales et de la santé³² sur la qualité de vie sexuelle des personnes âgées, présentant une maladie chronique.

³² Ministère des affaires sociales et de la santé. (s.d). Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030. Repéré le 10 avril 2024 à https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

En ce qui concerne les obstacles identifiés par les participants, il en ressort que les infrastructures, les règles institutionnelles et l'environnement social (l'entourage de la personne, les soignants...) ne permettent pas ou freinent les personnes âgées à l'accès d'avoir une vie affective et sexuelle. Ces obstacles sont également identifiés dans les interventions ergothérapeutiques. Selon (Gauillard & Lefebvre des Noëttes, 2015, p.741), « La sexualité est encore un sujet tabou » et sensible. Elle est décrite comme un « sujet gênant, délicat et lié à l'intimité » (Trautmann, 2008, cité par Combeau & Daure, 2022, p.37).

, 2008). Bien souvent, elle s'accompagne de jugement en considérant que la personne en situation de handicap n'a pas droit à une vie sexuelle épanouie (Combeau & Daure, 2022).

Selon Delville *et al.*, (1997), les questions de la vie affective et sexuelle sont importantes dans la vie de chacun, mais malgré cela, nous constatons encore aujourd'hui que les tabous dans ce domaine persistent et sont loin d'être levés.

En conclusion malgré que « les mentalités évoluent, la sexualité reste encore et toujours, si pas un sujet tabou, à tout le moins un sujet très sensible lorsqu'il s'agit de la conjuguer avec le handicap » (Berrewaerts *et al.*, 2016, pp 48-49).

À travers les retours des questionnaires, nous avons évoqué précédemment que l'ergothérapeute peut être amené à travailler en collaboration dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle du sujet âgé. Comme le rappelle Sylvie Ameline, Cadre de santé et Muriel Levannier, formatrice et directrice de l'IFAS de Dauville, l'équipe pluridisciplinaire « se compose de personnes de disciplines différentes qui travaillent ensemble autour d'un but commun où chaque membre apporte ses compétences spécifiques » (Ameline & Levannier, 2021, p.651).

Centrer la pratique de la vie affective et sexuelle en tant qu'occupation, met en évidence la manière dont l'ergothérapeute et l'équipe pluridisciplinaire promeuvent la vie affective et sexuelle positive, dans les domaines biopsychosociaux tout au long du vieillissement. Cela se confirme avec les retours des répondants, car pour 57,14% d'entre eux échangent avec d'autres professionnels sur cette thématique.

Selon les réponses des répondants, les collaborations les plus représentatives sont les aides-soignantes et les psychologues. Cette tendance s'explique au regard du nombre d'ergothérapeutes de notre échantillon qui exercent dans les EHPADs.

Cependant, nous observons qu'un ergothérapeute affirme la pertinence de travailler avec un **orthophoniste**. Lors de notre enquête exploratoire et dans notre cadre théorique, nous n'avions pas identifié cette possible collaboration avec les orthophonistes sur cette thématique. Le résultat de notre enquête vient apporter cet élément nouveau. Ce qui nous amène à penser que cette collaboration pourrait grandement faciliter la mise en place de l'aide à la communication. La complémentarité des deux compétences permettra une meilleure connaissance des troubles de la communication de la personne âgée, mais aussi de la mise en place de l'aide à la communication la plus adaptée.

En conclusion, nous constatons que la collaboration pluridisciplinaire sur ce sujet semble indispensable pour offrir un accompagnement global et adapté pour la personne âgée.

V.4.1) Perspective et positionnement professionnel

Notre question de recherche était : **De quelle manière l'ergothérapeute peut-il favoriser la qualité de vie du sujet âgé dans leur occupation en lien avec la vie affective et sexuelle ?**

« Le vieillissement n'est pas une maladie ni un handicap, même si la vieillesse peut être porteuse de maladie » (Connangle & Vercauteren, 2004, p.103)

À la relecture de l'analyse des résultats, cette étude a pu mettre en évidence les barrières que rencontrent aussi bien les personnes âgées dans les occupations en lien avec la vie affective et sexuelle, mais également les ergothérapeutes dans leur pratique. Cette étude montre que la vie affective et sexuelle fait partie des champs de compétences de l'ergothérapeute comme le souligne l'American Occupational Therapy Association (AOTA) qui précise que les activités sexuelles sont définies comme « *“l'engagement” dans des activités qui mènent à une satisfaction sexuelle et/ou qui répondent à des besoins relationnels ou reproductifs* » (L'écuyer, Auger, & Brousseau, 2020, p.14).

Les ergothérapeutes interrogés affirment que la vie affective et sexuelle influence la qualité de vie de la personne âgée. En effet, certains ergothérapeutes ayant une longueur d'avance sur les autres dans la mise en place de projets, et même dans la prise en considération que la vie affective et sexuelle faisant partie des activités de la vie quotidienne, se retrouvent tout de même limités dans cette prise en charge.

Dans le cadre théorique et dans les retours des répondants, le modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) est l'un des modèles qui peuvent être utilisés par l'ergothérapeute. Il lui permet d'identifier et de comprendre les activités ou occupations qui limitent ou affectent la performance de la personne âgée dans la vie quotidienne et pour lesquelles elles souhaitent voir des améliorations. Comme nous avons pu voir dans l'analyse des résultats, l'ergothérapeute commencera toujours par réaliser un entretien afin de dégager le profil occupationnel de l'individu.

Cela implique pour l'ergothérapeute, de prendre en compte la **Personne** dans toutes ses dimensions, de comprendre le contexte situationnel (**environnement**) qui engendre des difficultés pour agir dans les **occupations** qui sont signifiantes pour la personne.

Comme nous l'avons vu, la vie affective et sexuelle est un sujet tabou et souvent délicat à aborder, et ce malgré des droits apposés ainsi que l'existence de lois en vigueur.

En effet, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées « *reconnait à la personne en situation de handicap le droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus de tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté* » (Handicap.gouv, 2017) ³³

Nous pouvons également nous appuyer sur l'Organisation Mondiale de la Santé qui affirme également que :

*« La sexualité est plus un aspect central de la personne humaine ceux, tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction »*³⁴

L'ergothérapeute peut s'appuyer sur l'arrêté du 05 juillet 2010, le référentiel de formation des ergothérapeutes qui introduit des compétences transversales : « Former et informer » et « Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs » (arrêté du 5 juillet 2010). ³⁵

Il serait donc judicieux pour un ergothérapeute, de sensibiliser les équipes pluridisciplinaires, l'entourage de la personne et les autres ergothérapeutes, à reconnaître que les personnes âgées ont le droit à une vie privée, et au respect de leur intimité. Les ergothérapeutes doivent élargir leur vision dans le domaine de l'occupation, et inclure la vie affective et sexuelle comme faisant partie des occupations qui peuvent être importantes pour la personne. Pour cela, la mise en œuvre des compétences pédagogiques et d'éducation sont des moyens pour favoriser de nouveaux comportements dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle.

L'ergothérapeute pourra également s'appuyer sur les différentes associations telles qu'Intime Agir, l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS) ou l'Association Réunionnaise pour la Prévention des risques liés à la Sexualité et aux Harcèlements. Elles peuvent être des ressources pour sensibiliser les professionnels de santé comme l'entourage

³³ Handicap.gouv. (2017). La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances <https://handicap.gouv.fr/la-loi-du-11-fevrier-2005-pour-legalite-des-droits-et-des-chances>

³⁴ OMS. (2006a). Santé sexuelle. Sexualité. https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

³⁵ Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique ministère de la santé et des sports. (2010) Diplôme d'état d'ergothérapeutes. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf

proche de la personne âgée. Nous pouvons dès à présent nous questionner à quant à notre rôle dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle de la personne âgée.

V.4.2) Analyse réflexive

Lors de cette analyse, nous avons bien pris conscience de l'importance des besoins et des attentes des personnes âgées identifiés par les ergothérapeutes dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle. Pour cela, il intervient dans l'aménagement de l'environnement, l'adaptation, mais surtout dans l'analyse de l'activité afin d'identifier les difficultés occupationnelles que rencontre la personne âgée.

En effet, l'analyse d'activité est **l'outil privilégié** de l'ergothérapeute pour comprendre les difficultés et les limitations dans les occupations qui ont du sens pour la personne. L'ergothérapeute analysera les différentes composantes physiques, cognitives, affectives et sociales de la personne et également son environnement (OEQ, 2008). L'ergothérapeute s'appuie également sur ses connaissances « anatomiques, neurologiques, physiologiques et psychologiques » apprises au cours de ses trois années de formation et au travers de ses expériences professionnelles (OEQ, 2008, p.1).

Au regard des retours des répondants, les personnes âgées sont demandeurs de conseils, mais également d'aide technique pour que leur vie affective et sexuelle soit facilitée. Nous avons pu constater que des actions sont mises en place malgré les différentes difficultés que peut rencontrer aussi la personne âgée, mais aussi l'ergothérapeute dans son intervention.

Dans le cadre réglementaire, le code de la santé publique spécifie que la loi n°2021-502 du 26 avril 2021 a inscrit dans le code de la santé publique (Article L4331-1) « la possibilité, pour les ergothérapeutes, de prescrire des aides techniques et des dispositifs médicaux » (ANFE, 2023).³⁶

Au regard de ce constat, l'ergothérapeute doit s'intéresser également aux aides techniques existantes telles que les aides pour la mobilité sexuelle pour briser le double tabou du handicap et de la sexualité.

³⁶ ANFE. (2023). Prescription des aides techniques par les ergothérapeutes. Recommandations professionnelles. Juillet 2023. Repéré le 01, mais 2024 à https://anfe.fr/wp-content/uploads/2023/07/RecommandationsPro_AidesTechniques-1.pdf

Selon l'UNAEE, « les ergothérapeutes seront pressentis pour être référents de Santé sexuelle dans les établissements médico-sociaux afin de répondre aux personnes handicapées » (UNAEE, s.d).

C'est notre rôle en tant qu'expert de l'habilitation de soutenir la personne « dans la mise en place d'actions, de stratégies, de comportements ou de moyens lui permettant de réaliser ses occupations de façon sécuritaire, efficace et satisfaisante » (Townsend *et al.*, 2013, cité par Lecours & Therriault, 2019, p.63).

La vie affective et sexuelle implique la mise en œuvre des habiletés qui composent l'autodétermination.

Le travail d'équipe nous semble plus qu'évident, car la personne âgée peut être amenée à discuter de sa vie affective et sexuelle avec l'un des professionnels dont il se sent en confiance. Nous nous rendons compte « qu'aucun métier ne saurait résoudre seul » les problèmes que rencontre la personne âgée (Connangle & Vercauteren, 2004, p.103).

Au regard des réponses des participants, nous avons pu mettre en avant que la personne âgée peut être « fortement influencé par son entourage, son environnement immédiat, son passé plus ou moins proche » (Connangle & Vercauteren, 2004, p.105), ce qui nous conforte « dans l'idée que l'équipe doit être sensibilisée à la complexité de la compréhension de la personne âgée, et la pluridisciplinarité à tout son poids » (Connangle & Vercauteren, 2004, p.105) et son sens dans la l'accompagnement de la vie affective et sexuel chez le sujet âgé.

Il semble important de mettre en avant que le fait d'avoir un comportement empathique et d'être à l'aise pour aborder la vie affective et sexuelle contribue aisément à un meilleur accompagnement. Cependant, il est difficile « de demander à tous les professionnels d'être à l'aise avec les questions que pose la sexualité des personnes accueillies » (Pillant, 2014, p. 38).

Face à ces difficultés d'accompagnement l'ergothérapeute pourra toujours orienter la personne âgée vers un autre professionnel afin de lui apporter une réponse.

V.4.3) Les limites de l'étude

Dans cette partie, nous allons présenter les différentes limites rencontrées au cours de notre étude. Premièrement, celle-ci présente des biais qui ne nous permettent pas de généraliser les résultats obtenus, compte tenu du nombre de professionnels de notre échantillon qui

accompagnent la vie affective et sexuelle des personnes âgées, soit 14 ergothérapeutes.

Notre étude, basée sur les données d'un questionnaire, n'est pas représentative de l'ensemble de la population. Pour rappel, nous avons eu au départ 40 répondants, mais pour des raisons techniques, 7 ergothérapeutes n'ont pas pu apporter des informations du fait qu'ils n'accompagnaient pas les personnes âgées dans leur vie affective et sexuelle. Ne pouvant pas accéder au pôle de questionnement, celui-ci a généré une perte de donnée.

De ce fait, nous avons eu au final 32 ergothérapeutes, dont 14 qui accompagnent les personnes âgées dans la vie affective et sexuelle.

Nous notons clairement que ce n'est pas totalement suffisant pour une étude d'initiation à la démarche de recherche.

Toutefois, au regard de la thématique, nous ne nous attendions pas à en avoir autant.

Dans cette étude, nous nous sommes limités au questionnaire, et les quelques questions ouvertes ne nous ont pas permis d'avoir des réponses plus approfondies.

Idéalement, il aurait été intéressant de réaliser une enquête mixte, puisqu'elle aurait permis de récolter plus de données de meilleure qualité. En effet, les avantages de réaliser une enquête qualitative « bien menée, résident précisément dans la richesse des données collectées et la compréhension plus en profondeur du problème étudié » (Kohn & Christiaens, 2014, p.69).

Effectivement, au regard du questionnaire, les réponses étant limitées, celle-ci n'a pas permis de clarifier toute ambiguïté au sujet du sens des questions ou des réponses.

Des limites d'ordre méthodologique subsistent également dans le questionnaire. Il aurait fallu réduire le nombre de pôles de questionnement qui nous semble redondant au regard des réponses apportées par les participants.

Si nous devons faire une étude de plus grande envergure, il faudrait penser d'une part à reformuler certaines questions qui ne nous semblent pas claires au regard des réponses obtenues, et à réaliser des entretiens semi directifs afin de récolter plus de données exploitables.

V.4.4) Les points forts

Il s'agit d'une étude prospective qui met en lumière un sujet trop souvent tabou, malgré que des lois existent telles que la loi du 02 janvier 2002 qui reconnaît au regard de la personne le « *respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité [...]* » (Légifrance, 2020).³⁷

La population de l'étude était très intéressante, car il y a une hétérogénéité au niveau de l'âge (de moins de 25 ans à plus de 50 ans) malgré que le nombre de l'échantillon ne soit pas très représentatif.

L'accompagnement de la vie affective et sexuelle chez le sujet âgé reste difficile dans la pratique des ergothérapeutes de par ses zones d'ombres (sujet tabou, le regard, la non prise en compte que la vie affective et sexuelle comme faisant partie des occupations au regard du nombre d'ergothérapeute qui n'accompagnent pas les personnes âgées sur cette thématique...).

Et enfin, en dépit du nombre d'échantillons pour l'étude, celle-ci nous montre que les ergothérapeutes peuvent accompagner et répondre aux besoins des personnes âgées dans les occupations en lien avec la vie affective et sexuelle.

³⁷ Légifrance. (2020). LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Code de l'action sociale et des familles. Section 2 : Droit des usagers du secteur social et médico-social (Articles 8 à 13) (Articles L311-3 à L311-12.) <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>

CONCLUSION

Cette initiation à la recherche en ergothérapie a pu mettre à l'honneur les différentes actions menées par les ergothérapeutes dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle.

Aborder le sujet de la vie affective et sexuelle lors des entretiens ou des bilans semble ouvrir à la discussion et établir une relation de confiance. Selon Guillaume (2020), « la confiance dans les soins repose pour une grande partie sur les réponses apportées aux besoins relationnels des malades ».

Ce travail de recherche est pour l'étudiant l'occasion d'approfondir nos connaissances sur des sujets qui nous ont questionnés, même interpellés au cours de nos trois années de formation. Le sujet de la vie affective et sexuelle m'a apporté beaucoup de réponses à mes questionnements et levé mes doutes dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle du sujet âgé.

Toutes les informations recueillies nous ont permis de comprendre les réels besoins, les enjeux de la vie affective et sexuelle chez le sujet âgé, mais aussi les obstacles et les limites dans cet accompagnement.

Les hypothèses de cette initiation à la recherche ont permis de répondre à notre question de recherche :

De quelle manière l'ergothérapeute peut-il favoriser la qualité de vie du sujet âgé dans leur occupation en lien avec la vie affective et sexuelle ?

Nous savons aujourd'hui que la demande n'émane que très rarement des personnes âgées pour 21% d'entre elles. L'ouverture à la discussion sur cette thématique permettrait d'informer la personne et l'entourage des solutions dans le domaine de la vie affective et sexuelle. Ceci étant, il est important de prendre en compte la motivation, les capacités de la personne, son engagement dans le contexte situationnel de l'accompagnement.

En tant que futur professionnel, j'aspire à créer un environnement sans tabou dans le discours apporté aux personnes âgées qui veulent agir pour améliorer leur qualité de vie.

Utiliser des modèles conceptuels élaborés par les ergothérapeutes et pour les ergothérapeutes, permet d'une part de valoriser et d'expliquer notre pratique auprès des personnes âgées, mais aussi avec l'équipe pluridisciplinaire dans l'importance de l'activité pour l'être humain.

Nous souhaitons qu'à travers ce mémoire d'initiation à la recherche qu'il ait amené à la réflexion

autant les ergothérapeutes en exercice que des Institutions de Formation en Ergothérapie.

En effet, il serait intéressant de comprendre pourquoi les Instituts de Formation en Ergothérapie semblent ne pas proposer plus de formation sur le thème de la « vie affective et sexuelle ».

Celle-ci pourrait contribuer à un changement de paradigme dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle chez le sujet âgé.

Articles

- Alexandre, A. & Lefèvre, G. (2012). Chapitre 17. Analyse de l'activité en ergothérapie ou pourquoi créer ses propres jeux ?. Dans : Aude Alexandre éd., *Ergothérapie en pédiatrie* (pp. 253-266). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.alex.2012.01.0253>
- Ameline, S. & Levannier, M. (2021). Chapitre 2. Le travail en équipe pluriprofessionnelle. Dans : , S. Ameline & M. Levannier (Dir), *DEAS: Tout-en-un* (pp. 651-656). Paris: Vuibert.
- Ameline, S. & Levannier, M. (2021). Chapitre 21. Le vieillissement. Dans : , S. Ameline & M. Levannier (Dir), *DEAS: Tout-en-un* (pp. 88-93). Paris: Vuibert.
- Bugeja-Bloch, F. & Couto, M. (2015). L'élaboration d'un questionnaire. Dans : Fanny Bugeja-Bloch éd., *Les méthodes quantitatives* (pp. 42-61). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- Bellami, V. (2021). La vie sexuelle et procréative des personnes âgées est-elle « pensée » dans le champ des droits humains ?. *Droit, Santé et Société*, 1, 54-65. <https://www.cairn.info/revue-droit-sante-et-societe-2021-1-page-54.htm#no15>.
- Bérard, A. (2016). L'évolution de la politique de santé face à l'enjeu du vieillissement de la population. *Vie sociale*, 15, 131-147. <https://doi.org/10.3917/vsoc.163.0131>
- Berrut, G. Campéon, A. Soleymani, D. (2018). Promouvoir la participation sociale des personnes âgées. p9. En ligne <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-mars-2018-n-443-promouvoir-la-participation-sociale-des-personnes-agees>, consulté le 11 juillet 2023
- Berrewaerts, J., Fries, V., Goblet, D., Jacques, V., Mille, C. & Mercier, M. (2016). Handicap, sexualité et citoyenneté. *La Revue Nouvelle*, 3, 48-55. <https://doi.org/10.3917/rn.163.0048>
- Boudreault, A. & Ntetu, A. (2006). Toucher affectif et estime de soi des personnes âgées. *Recherche en soins infirmiers*, 86, 52-67. <https://doi.org/10.3917/rsi.086.0052>
- Caire, J., Criquillon-Ruiz, J., Joubert, C., Vienne, M. & Sorita, É. (2016). Chapitre 28. Une approche de la participation sociale des personnes en situation de handicap : présentation d'un nouvel outil d'exploration du milieu de vie : E3. Dans : Eric Trouvé éd., *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (pp. 425-439). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.trouv.2016.01.0425>
- Caire, J., Morestin, F. & Chabaille, A. (2012). Accompagner la transition épidémiologique: Les ergothérapeutes, des acteurs au soutien de la participation sociale de nos aînés. *Gérontologie et société*, 35(142), 41-55. <https://doi.org/10.3917/gs.142.0041>
- Cambois, E. & Robine, J. (2003). Concepts et mesure de l'incapacité : définitions et application d'un modèle à la population française. *Retraite et société*, no<(sup> 39), 59-91. <https://doi.org/10.3917/rs.039.0059>
- Colvez, A. (2012). Préface. Dans : Eric Trouvé éd., *Ergothérapie en gériatrie: Approches cliniques* (pp. 7-8). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.trouv.2012.01.0007>
- Colson, M. (2012). Sexualité et pathologies du vieillissement chez les hommes et les femmes âgés. *Gérontologie et société*, 35 (140), 109-130. <https://doi.org/10.3917/gs.140.0109>
- Connangle, S. & Vercauteren, R. (2004). Chapitre 5. Dynamiser l'équipe autour de la personne âgée. Dans : , S. Connangle & R. Vercauteren (Dir), *Missions et management des équipes en*

établissements pour personnes âgées: De la relation humaine aux motivations (pp. 103-122). Toulouse: Érès.

- Coron, C. (2020). Outil 10. Le questionnaire : les questions. Dans : , C. Coron, *La Boîte à outils de l'analyse de données en entreprise* (pp. 36-37). Paris: Dunod.
- Covelet, R. (2007). Prendre enfin conscience des enjeux des déficits sensoriels des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 30(123), 249-262. <https://doi.org/10.3917/gs.123.0249>
- Daure, I. & Combeau, A. (2022). Sexualité et handicap. *Le Journal des psychologues*, 396, 36-42. <https://doi.org/10.3917/jdp.396.0036>
- Deboves, P., Quaderi, A., Bonnet, A., & Horiszny, É. 2015. Sexualité, grand âge et institution. In Guillaume, F. (Ed.), *Psychologie et vieillissement : Bien naître au grand âge*. Presses universitaires de Provence. doi :10.4000/books.pup.38230
- De Jaeger, C. (2008). Les pathologies. Dans : Christophe De Jaeger éd., *La gérontologie* (pp. 42-94). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- Delville, J., Mercier, M. (1997). *Sexualité, vie affective et déficience mentale*. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.merci.1997.01>
- Ennuyer, B. (2011). À quel âge est-on vieux : La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus. *Gérontologie et société*, 34(138), 127-142. <https://doi.org/10.3917/gs.138.0127>
- Feillet, R. (2012). Introduction. Dans : , R. Feillet, *Corps, vieillissement et identité : entre préservation et présentation de soi: Place des activités physiques et sportives* (pp. 7-24). Toulouse: Érès. <https://www.cairn.info/corps-vieillissement-et-identite--9782749215815-page-7.htm>
- Ferrans, C. & Powers, M. (2007). L'indice de qualité de vie : développement et propriétés psychométriques. *Recherche en soins infirmiers*, 88, 32-37. <https://doi.org/10.3917/rsi.088.0032>
- Formarier, M. (2007). La qualité de vie pour des personnes ayant un problème de santé. *Recherche en soins infirmiers*, 88, 3-3. <https://doi.org/10.3917/rsi.088.0003>
- Formarier, M. (2012). Qualité de vie. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition* (pp. 260-262). Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0260>
- Giami, A. (2007). Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. *Le Journal des psychologues*, 250, 56-60. <https://doi.org/10.3917/jdp.250.0056>
- Guillaume, S. (2020). La confiance, un élément essentiel dans la relation soignant et soigné. Dans : Muriel Flis-Trèves éd., *Confiance, défiance, trahison: Colloque Gypsy XIX* (pp. 11-15). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.flis.2020.01.0011>
- Hatano-Chalvidan, M. (2016). Interdisciplinarité et interprofessionnalité : proximité sémantique coïncidente ou construction d'un nouveau modèle d'activité ?. *Forum*, 148, 8-16. <https://doi.org/10.3917/forum.148.0008>
- Hervy, M.P. (2013). Des recommandations de l'ANESM sur la qualité de vie en EHPAD : pourquoi ce thème ?. *Empan*, 92, 126-132. <https://doi.org/10.3917/empa.092.0126>
- Heslon, C. (2010). Âge subjectif, anticipation et sentiment d'utilité lors du passage vers la retraite. *Le Journal des psychologues*, 282, 28-32. <https://doi.org/10.3917/jdp.282.0028>

- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102, 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
- Jeandel, C. (2005). Les différents parcours du vieillissement. *Les Tribunes de la santé*, no<(sup> 7), 25-35. <https://doi.org/10.3917/seve.007.35>
- Jeanguiot, N. (2012). Vieillesse. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition* (pp. 299-301). Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0299>
- Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII, 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Lafon, C. (2008). Vieillir : mieux comprendre pour mieux agir. *Recherche en soins infirmiers*, 94, 4-27. <https://doi.org/10.3917/rsi.094.0004>
- 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/gsl.160.0155>
- Lazzarotto, S., Baumstarck, K., Moheng, B., Leroy, T. & Auquier, P. (2018). Déterminants de la qualité de vie des sujets âgés présentant une déficience auditive. *Santé Publique*, 30, 811-820. <https://doi.org/10.3917/spub.187.0811>
- Lecours, A. Therriault, P-Y. (2019). Habilitier les travailleurs à la prévention : description des pratiques des ergothérapeutes québécois visant la mise en place des antécédents du comportement préventif au travail. Volume 5, Numéro 1 | 2019, Article de recherche. <https://doi.org/10.13096/rfre.v5n1.97>
- 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>
- Lefebvre des Noëttes, V. & Gauillard, J. (2015). Sexualité et avancée en âge. *L'information psychiatrique*, 91, 740-746. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-9-page-740.htm>
- Leloutre, B. (2013). Chapitre 1. Qu'est-ce qu'une personne âgée. Dans : , B. Leloutre, *Animer des parcours de santé pour les personnes âgées* (pp. 7-13). Paris: Dunod.
- Levasseur, M & Tribble, S.C.D. & Desrosiers, J. (2006). Analyse du concept qualité de vie dans le contexte des personnes âgées avec incapacités physiques. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 73. 163-177. [10.2182/cjot.05.0013](https://doi.org/10.2182/cjot.05.0013).
- Marc, E. & Picard, D. (2020). Chapitre 3. Le lien affectif. Dans : , E. Marc & D. Picard (Dir), *Relations et communications interpersonnelles* (pp. 51-71). Paris: Dunod. <https://www.cairn.info/relations-et-communications-interpersonnelles--9782100801244-page-51.htm>
- Marchand, M. (2008). Regards sur la vieillesse. *Le Journal des psychologues*, 256, 22-26. <https://doi.org/10.3917/jdp.256.0022>
- Morel-Bracq, M., Margot-Cattin, P., Margot-Cattin, I., Mignet, G., Doussin-Antzer, A., Sorita, É .. & Rousseau, J. (2017). Chapitre 2. Modèles généraux en ergothérapie. Dans : Marie-Chantal

- Morel-Bracq, M. (2017). Introduction. Dans : Marie-Chantal Morel-Bracq éd., *Les modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux concepts fondamentaux* (pp. 1-11). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.morel.2017.01.0001>
- Parizot, I. (2012). 5 – L'enquête par questionnaire. Dans : Serge Paugam éd., *L'enquête sociologique* (pp. 93-113). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.paug.2012.01.0093>
- Petrovic, M., Banbuck, Q., Houriez, C. & Derouette, C. (2021). Chapitre 33. Les intervenants auprès des personnes polyhandicapées dans le secteur médico-social. Dans : Philippe Camberlein éd., *La personne polyhandicapée: La connaître, l'accompagner, la soigner* (pp. 595-637). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.colle.2021.01.0595>
- Pierce, D. (2016). Chapitre 28. La science de l'occupation pour l'ergothérapie: Un coup d'œil vers l'avenir. Dans : éd., *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (pp. 345-348). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Pierce, D. (2016). Chapitre 1. La science de l'occupation. Une base de connaissances disciplinaires puissante pour l'ergothérapie. Dans : éd., *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (pp. 23-32). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Pillant, Y. (2014). La sexualité n'est pas un besoin. *Le Sociographe*, 47, 33-40. <https://doi.org/10.3917/graph.047.0033>
- Rgothérapeutes. (2002). Qu'est-ce que l'ergothérapie. Repéré le 15 avril 2023 à <https://www.ergotherapeutes.net/ergotherapie/#~:text=L'ergoth%C3%A9rapeute%20n'est%20quasiment,parcours%20de%20soins%20plus%20large.>
- Soulas, T. & Brédart, A. (2012). I. Qualité de vie et santé. Dans : Serge Sultan éd., *Psychologie de la santé* (pp. 17-40). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.sulta.2012.01.0017>
- Thibaud, A. & Hanicotte, C. (2007). Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ?. *Gérontologie et société*, 30(122), 125-137. <https://doi.org/10.3917/gs.122.0125>
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J. & Quivy, R. (2017). Quatrième étape – La construction du modèle d'analyse. Dans : , L. Van Campenhoudt, J. Marquet & R. Quivy (Dir), *Manuel de recherche en sciences sociales* (pp. 151-197). Paris: Dunod.
- Vernet, É. (2017). Chapitre 3. Gérer le terrain d'une étude quantitative. Dans : , É. Vernet, *Techniques d'étude de marché* (pp. 49-72). Paris: Vuibert. <https://doi.org/10.3917/vuib.verne.2017.01.0049>
- Villa, F. (2002). La mort n'est pas la conséquence du vieillissement: Réflexion sur les effets du temps sur les processus psychiques.. *Topique*, no<(sup> 81), 173-199. <https://doi.org/10.3917/top.081.0173>

Sitographie

- ANESM. (2001). Le dossier du patient en ergothérapie. Service des recommandations et références professionnelles. Repéré le 16 avril 2024 à https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ergoth_rap.pdf

- Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). (s.d). La profession d'ergothérapeute. <https://anfe.fr/la-profession/>
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). (s.d). Qu'est-ce que l'ergothérapie. https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/#:~:text=Sp%C3%A9cialiste%20du%20rapport%20entre%20l,occupations%20qu'ils%20veulent%20ou
- CNTRL. (2012). Onanisme. <https://www.cnrtl.fr/definition/>
- CNTRL. (2012). Intrinsèque. <https://www.cnrtl.fr/definition/intrins%C3%A8que>
- CNTRL. (2012). Extrinsèque. <https://www.cnrtl.fr/definition/Extrins%C3%A8que>
- Handicap.gouv. (2017). La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances <https://handicap.gouv.fr/la-loi-du-11-fevrier-2005-pour-legalite-des-droits-et-des-chances>
- HAS. (2022). Vie affective et sexuelle dans le cadre de l'accompagnement en ESSMS Consulté le 18 juillet 2023 à https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-06/note_de_cadrage_vie_affective_et_sexuelle_dans_le_cadre_de_laccompagnement_en_essms5_vas.pdf
- INED. (2023). Transition épidémiologie. Consulté le 25 juillet 2023 à <https://www.ined.fr/fr/lexique/transition-epidemiologie/>
- INSEE. (2020). Tableau de l'économie française. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
- INSEE. (2023). Bilan démographique 2022. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6687000>
- Légifrance. (2013). Avis sur l'effectivité des droits des personnes âgées. JORF n°0176 du 31 juillet 2013. Consulté le 29 février 2024 à https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000027778830
- 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. (2020). LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Code de l'action sociale et des familles. Section 2 : Droit des usagers du secteur social et médico-social (Articles 8 à 13) (Articles L311-3 à L311-12.) <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>
- 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. Consulté le 07 mai 2024 à <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45220>
- Ministère de la santé et de la prévention. (2023). Santé sexuelle. Repéré le 10 avril 2024 à <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle#:~:text=Il%20s'agit%20donc%20d,plaisir%20et%20Fou%20de%20procr%C3%A9ation>
- Ministère des affaires sociales et de la santé. (s.d). Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030. Repéré le 10 avril 2024 à https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

- Mon parcours Handicap.gouv.fr. (2023). Vie intime, affective et sexuelle : de quoi parle-t-on ? Repéré le 10 avril 2024 à <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/vie-intime-et-parentalite/vie-intime-affective-et-sexuelle-de-quoi-parle-t#:~:text=L'OMS%20a%20été%20créée,social%20en%20matière%20de%20sexualité.>
- OMS. (2006a). Santé sexuelle. Sexualité. https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
- OMS (2021). Rapport mondial sur l'âgisme – Résumé. <https://www.who.int/fr/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>
- OMS (2023) <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=Du%20point%20de%20vue%20biologique,et%2C%20enfin%2C%20le%20d%C3%A9c%C3%A8s>
- ORS. (2021). Personnes âgées et autonomies à la Réunion. <https://www.ors-reunion.fr/lettre-no28-8-octobre-2021.html>
- Passeport Santé. (2022). Hypoesthésie. Repéré à <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Symptomes/Fiche.aspx?doc=hypoesthesie#:~:text=L'e%20vieillesse&text=Avec%20le%20temps%2C%20les%20capteurs,de%20sensibilit%C3%A9%20de%20nos%20capteurs>
- Sante.gouv. (2017). Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030. Repéré le 18 juillet 2023 à https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
- Trouvé, E. Caire, J-M. Dechambre, D. Heddebaut, S. Kalfat, H. Rehling, T. Lefèvre, G. Pelé, G. Poncet, F. Dufour, C. Palu, M. (2013). Données probantes en ergothérapie. <https://anfe.fr/donnees-probantes/>
- Vie publique. (2016). Quel est l'impact du système de soins français sur l'état de la population. Repéré le 16 juillet 2023 à <https://www.vie-publique.fr/fiches/37854-systeme-de-soins-francais-et-etat-de-sante-de-la-population>

Ouvrages

- Caire, J. (2008). En guise d'introduction. In : Jean-Michel Caire éd., *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités* (pp. 15-20). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur
- Caire, J-M. Rouault, L. (2017). Chapitre 3. Cadres conceptuels et modèles appliqués en ergothérapie. In : Marie-Chantal Morel-Bracq éd., *Les modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux concepts fondamentaux* (pp. 131-166). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.morel.2017.01.0131>
- Creuzot-Garcher, C. Christiaen, M.P, Gerson-Thomas, M. Holzschuch, C. Lepoivre, J.P. Manière, D. Mourey, F. Paulin, M & Pfitzenmeyer, P. (2012). Gériatrie et basse vision, Pratiques interdisciplinaires 2^e édition. Marseille : Solal
- Kalfat, H. & Sauzéon, H. (2009). Processus de vieillissement et vieillesse. In : Éric Trouvé éd., *Ergothérapie en gériatrie : Approches cliniques* (p.14). Louvain-la-Neuve : De Boeck

- Karmaniola, A. Knecht, C. Parrat-Dayana, S. Le discours sur la sexualité infantile. Evolution du XIXe siècle à nos jours. In: *Bulletin de psychologie*, tome 46 n°409, 1992. La communication prélinguistique et linguistique – Représentation de l'enfance. pp. 121-129. DOI : <https://doi.org/10.3406/bupsy.1992.1254>
- Morel-Bracq, M-C. (2009). Les modèles conceptuels en ergothérapie : *Introduction aux concepts fondamentaux*. Marseille: Solal.
- Trouvé, É. (2009). Ergothérapie en gériatrie : approches clinique. (p.11). Louvain-la-Neuve : De Boeck

Guide

- ANFE. (2023). Prescription des aides techniques par les ergothérapeutes. Recommandations professionnelles. Juillet 2023. Repéré le 01, mai 2024 à https://anfe.fr/wp-content/uploads/2023/07/RecommandationsPro_AidesTechniques-1.pdf
- OMS. (1989.) La santé des personnes âgées. https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
- Petit Frères des Pauvres. (2022). Pour une meilleure intégration de la vie affective des personnes âgées dans la lutte contre l'isolement. Repéré le 25 août 2023 à <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/informer/prises-de-positions/pour-une-meilleure-integration-de-la-vie-affective-des-personnes-agees-dans-la-lutte-contre-l-isolement>
- Intimagir. (s.d). Cadre législatif. Le libre accès à une vie amoureuse et sexuelle. En ligne : <https://intimagir-bfc.fr/le-programme-vie-affective-et-sexuelle-handicap/cadre-legislatif/>
- Khosravi, M. (2016). Chapitre IV. Affectivité et sexualité de nos aînés. Dans : , M. Khosravi, *Aimer et accompagner nos aînés: Guide pratique et manuel de formation* (pp. 95-102). Doin.
- Launois, M. (2010). Modèles en ergothérapie. Consulté le 20 Août 2023 à <http://www.ergopsy.com/modeles-en-ergotherapie-a358.html>
- Muslemani, S., & Gagnon, C. (2021). Présentation d'un guide de pratique sur les interventions de l'ergothérapeute en lien avec la sexualité et la vie amoureuse auprès de clients vivant avec une maladie neuromusculaire. *ErgOTHérapies*, 80, 23-28.
- OEQ. (2008). Chronique de l'ergothérapie. L'activité : l'outil privilégié de l'ergothérapeute. <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/5-l-activite-l-outil-privilegie-de-l-ergotherapeute.html>

Association

- UNAEE. (s.d). Ergothérapie. L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Consulté le 01 septembre 2023 à <https://unaee.org/ergotherapie/>
- UNAEE. (s.d). UNAEE -Union Nationale des Associations des étudiants en ergothérapie. Handylover, le plaisir pour tous. Repéré le 05 mai 2024 à <https://unaee.org/wiloo-2/>

- OEQ (2008). Chroniques de l'ergothérapie. L'activité : l'outil privilégié de l'ergothérapeute. Repéré le 29 avril 2024 à https://www.oeq.org/DATA/CHRONIQUE/2~v~activite_outil_privilegie.pdf

Médiagraphie

- Konbini. (2022, 26 juin). Sexe en Ehpad : "Il n'y a pas de date de péremption" | Reportage [vidéo]. YouTube. En ligne : <https://www.youtube.com/watch?v=F3zBFctiyn4>

Charte

- FNG. (2007). Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance. Repéré le 10 avril 2024 à https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_2007_affiche-2.pdf


Cours :

- Bourrel, F. (2022). MCREO, Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel. UE 3.3. : Modèles conceptuels. Repéré le 10 septembre 2023 dans l'environnement Drive : <https://drive.google.com/file/d/1JW4SfW-KDBb--PStvyie7spavy4uq45q/view>

Annexe 1 :

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

Classification des modèles selon Marie-Chantal Morel-Bracq (2017, p.4)



L'accompagnement en ergothérapie de la vie affective et sexuelle chez le sujet âgé à la Réunion et en France hexagonale

Bonjour,

Je me présente, Chantal HOAREAU, étudiante en 3ème année à l'Institut Régional de Formation en Ergothérapie de Saint-Denis de la Réunion.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études pour l'obtention du Diplôme d'État (DE) d'ergothérapeute, je mène une étude sur **la place de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle de la personne âgée à la Réunion et en France hexagonale.**


L'objectif de mon questionnaire vise à **identifier et à comprendre la place des ergothérapeutes dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle chez le sujet âgé.**


La population cible est la suivante : les ergothérapeutes de toute expérience travaillant auprès des personnes âgées à la Réunion et en France hexagonale.

Ce questionnaire dure **environ 5 à 10 minutes**. Vos réponses qui seront d'une grande ressource seront exclusivement utilisées pour mon travail de recherche, dans le **respect de votre anonymat conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)**.

Clôture du questionnaire le 29 mars 2024

L'accompagnement en ergothérapie de la vie affective et sexuelle chez le sujet âgé à la Réunion et en France hexagonale

chantalhoareau40@gmail.com [Changer de compte](#) 

 Non partagé

* Indique une question obligatoire

1) Critère d'inclusion

En quelle **année** avez-vous obtenue votre **Diplôme d'Etat d'ergothérapeute** ? *

Votre réponse _____

2) Critère d'inclusion

Travaillez-vous auprès du public âgé de 60 ans et plus [1] ? *

[1] Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une personne devient âgée à partir de 60 ans.

(une seule réponse possible)

- Oui
- Non

3) Critère d'inclusion

Exercez-vous : *

(une seule réponse possible)

- A l'île de la Réunion
- En France hexagonale
- Aucune de ces réponses

A - Présentation de l'ergothérapeute

4) Êtes-vous ? *

(une seule réponse possible)

- Un homme
- Une femme
- Ne souhaite pas préciser
- Autre : _____

5) Quel âge avez-vous ? *

(une seule réponse possible)

- Moins de 25 ans
- Entre 25 et 30 ans
- Entre 31 et 40 ans
- Entre 41 et 50 ans
- Plus de 50 ans

6) Vous travaillez auprès des personnes âgées de plus de 60 ans : *

(Plusieurs choix de réponses possibles)

- Dans un établissement de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR)
- En EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)
- Dans une MAS (Maison d'Accueil Spécialisée)
- Dans un hôpital
- Dans une clinique
- En libéral
- Dans un FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé)
- Aucune de ces réponses
- Autre : _____

7) Dans quelle région exercez-vous ? *

Votre réponse _____

B - Accompagnement en ergothérapie en lien avec la vie affective et sexuelle

La vie affective fait référence aux sentiments, aux émotions, aux relations affectives, à l'amitié avec d'autres personnes et la sexualité n'induit pas nécessairement les rapports sexuels. **La vie sexuelle** peut être sensorielle et sensuelle pour satisfaire ses besoins : caresses, baisers, étreintes.... Ces pratiques sexuelles peuvent apporter plusieurs formes de plaisir, y compris l'orgasme (Mon parcours handicap.gouv.fr, 2023). La personne peut avoir une vie sexuelle ou ne pas en avoir (Ibid., 2023).

Le terme de **santé sexuelle** fait l'objet d'une définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui introduit les notions de « **vie affective et sexuelle** ». Selon l'OMS, la **santé sexuelle** peut se définir par un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité. Elle passe par une approche respectueuse de la sexualité et par la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables, sans contrainte, discrimination ou violence » (Mon parcours handicap, 2023).

8) Pensez-vous que la vie affective et sexuelle puisse contribuer à une part significative [1] et significative [2] chez le sujet âgé ? *

[1] significative : Qui a du sens pour la personne ; **[2] significative** : Qui a du sens pour l'environnement de cette personne.

(une seule réponse possible)

- Pas du tout
- Plutôt non
- Plutôt oui
- Absolument

9) Au cours de votre exercice en ergothérapie, avez-vous accompagné des personnes âgées de plus de 60 ans dans les activités ou occupations en lien avec leur vie affective et sexuelle ? *

(une seule réponse possible)

- Oui
- Non

C- Expériences professionnelles sur le terrain

10) Combien d'**année d'expérience** avez-vous dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle chez le sujet âgé de plus de 60 ans ? *

Votre réponse _____

11) Au cours de votre expérience dans l'accompagnement des personnes âgées * en lien avec cette thématique, combien de fois êtes-vous intervenu ?
(Une seule réponse possible)

- Moins de 5 fois
- Moins de 10 fois
- Plus de 10 fois
- Autre : _____

12) Par qui la thématique est abordée en premier ? *

(Une seule réponse possible)

- La personne âgée
- Vous-même
- Autre : _____

13) Quelles étaient selon vous, les attentes et les besoins des personnes âgées * dans les occupations en lien avec la vie affective et sexuelle ?

Votre réponse _____

14) Quels sont les projets que vous avez développé ou mis en place en lien avec * la vie affective et sexuelle des personnes âgées ?

Votre réponse _____

D - Accompagnement de la personne âgée dans les occupations en lien avec la vie affective et sexuelle

PERSONNE - OCCUPATION - ENVIRONNEMENT

Diminution de la participation occupationnelle de la personne âgée en lien avec leur vie affective et sexuelle qui peut impacter leur **rendement**, leur **engagement occupationnel** ainsi que leur **satisfaction**.

Pour rappel :

La vie affective et sexuelle : Créer des liens, avoir des gestes de tendresses, avoir de l'attention pour l'autre (Les Petits Frères des Pauvres, 2022). Elle prend aussi « des formes différentes : moins physique, davantage relationnelle, moins sexuelle et plus sensuelle » (Colson, 2012, p.124)

Engagement occupationnel : l'engagement occupationnel « ne concerne pas seulement la performance réelle dans une occupation, mais aussi l'intérêt et degrés d'importance, le niveau d'investissement que la personne accorde pour cette activité ainsi que le degré de satisfaction qu'elle lui apporte » (Dubois, et al., 2017).

Rendement occupationnel : Capacité de percevoir, se rappeler, planifier et exécuter les rôles, les routines, les tâches et les sous-tâches nécessaires ou souhaités dans l'objectif de réaliser les activités liées aux soins personnels, à la productivité, aux loisirs et au repos, en réponse aux exigences de l'environnement interne et/ou externe et de manière à éprouver de la satisfaction ou à satisfaire une tierce personne significative (Ciusss, s.)

LA PERSONNE

15) Selon vous, quelles étaient les différents aspects de la personne âgée qui limitaient son engagement dans les occupations en lien avec la vie affective et sexuelle qui impactaient son rendement occupationnel ?

Environnement proposé, comme le lit médicalisé double qui n'est pas remboursé. L'évolution de la pathologie d'un conjoint qui modifie le rôle social et la relation, l'accès à la rencontre de nouvelles personnes, l'entourage familiale ou institutionnel

OCCUPATION

16) Selon vous, quelles étaient les différents domaines d'activités qui rendaient difficile l'engagement occupationnel de la personne âgée dans les occupations en lien avec la vie affective et sexuelle ?

Après avoir sélectionné, veuillez préciser en donnant un exemple :

- Difficultés dans les soins personnels : ex : habillage/déshabillage pour que la personne puisse aller à un r...
- Difficultés dans les loisirs : ex : se rendre au théâtre ou au cinéma, assister à des réunions de groupe...
- Difficultés dans la productivité : ex : tisser des liens avec d'autres personnes, apprendre de nouvelles tâch...
- Autre...

ENVIRONNEMENT

17) Selon vous, quelles étaient les différents aspects de l'environnement qui rendaient difficile l'engagement occupationnel de la personne âgée dans les occupations en lien avec la vie affective et sexuelle qui impactaient son rendement occupationnel ?

Ex : environnement humain, institutionnel, physique, social

Veuillez précisez :

Réponse longue

18.a) Connaissez-vous des modèles de pratique ou conceptuels pour aborder la vie affective et sexuelle avec les personnes âgées ? *

(une seule réponse possible)

- Oui
- Non

18.b) Si oui, lesquels ?

Réponse courte

19.a) Avez-vous réalisé des évaluations sur les besoins d'accompagnement concernant la vie affective et sexuelle des personnes âgées ? *

(une seule réponse possible)

- Oui
- Non

19.b) Si oui, quelles étaient ces évaluations ?

Votre réponse

20) A quel moment de la prise en charge, vous abordez la vie affective et sexuelle avec la personne âgée ? *

Votre réponse

21) Quels sont les modèles de pratique utilisés lors de votre intervention ? *

(plusieurs choix de réponses possibles)

- Modèle de compensation
- Modèle de récupération pour améliorer les fonctions corporelles
- Modèle d'acquisition pour l'entraînement des habiletés occupationnelles
- Modèle éducative et de prévention
- Aucune de ces réponses :
- Autre : _____

22) Suite à la question 21, pourriez-vous préciser ce que vous avez mis en place en fonction du ou des modèles d'intervention utilisés ?

Votre réponse

23.a) Avez-vous noté un changement au niveau de l'engagement occupationnel après votre intervention auprès des personnes âgées dans leur vie affective et sexuelle ? *

(une seule réponse possible)

Oui

Non

23.b) Si non, pourquoi ?

Votre réponse _____

E- Obstacles dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle chez le sujet âgé

24) Avez-vous pu identifier des obstacles qui vous ont déjà empêché d'intervenir sur les problèmes occupationnels concernant la vie affective et sexuelle chez le sujet âgé ? *

(plusieurs choix de réponses possibles)

L'environnement social (les proches, les soignants...)

L'environnement physique (l'environnement pas adapté...)

L'environnement institutionnel (le fonctionnement du service, la hiérarchie...)

Autre...

25.a) Identifiez-vous des limites dans l'accompagnement de la personne âgée dans la vie affective et sexuelle ? *

(une seule réponse possible)

Oui

Non

25.b) Si oui, lesquelles ?

Réponse courte _____

F- Qualité de vie en lien avec la vie affective et sexuelle

26) Évaluez-vous la qualité de vie dans le domaine de la vie affective et sexuelle ? *

(une seule réponse possible)

- Oui
- Non

27) Si non, pensez-vous que ce serait pertinent de l'évaluer dans le cadre de la vie affective et sexuelle ?

Réponse courte

.....

28) Pensez-vous que les problématiques concernant l'occupation de la vie affective et sexuelle peuvent impacter la qualité de vie des personnes âgées ? *

(une seule réponse possible)

- Pas du tout
- Plutôt non
- Plutôt oui
- Absolument

29.a) Avez-vous pu identifier les conséquences sur la qualité de vie rapporté par les personnes âgées ? *

(une seule réponse possible)

- Oui
- Non

...

29.b) Si oui, lesquelles ?

Réponse courte

.....

G- L'enjeu d'une collaboration en ergothérapie

30) Collaborez-vous ou avez-vous déjà collaboré avec d'autres personnes sur cette thématique en particulier ? *

(plusieurs choix de réponses possibles)

- Aide Médico-Psychologique (AMP)
- Aide-Soignant(e)
- Assistant de Soins en Gériatrie (ASG)
- Infirmier (ère)
- Médecin
- Médecin sexologue
- Psychologue
- Neuropsychologue
- Kinésithérapeute
- Assistante sociale
- Aucune de ces réponses
- Autre...

31) Cette collaboration vous paraît-elle importante pour optimiser l'accompagnement des personnes âgées dans leur occupation en lien avec la vie affective et sexuelle ?

(une seule réponse possible)

- Pas du tout
- Plutôt non
- Plutôt oui
- Absolument

32) Selon vous, quels sont les principaux obstacles à travailler en collaboration sur cette thématique en particulier ? *

Réponse longue

.....

H. Ressources pour améliorer sa pratique

⋮

33.a) Avez-vous reçu une formation sur la Vie affective et sexuelle au cours de votre parcours professionnel ? *

(une seule réponse possible)

- Oui
- Non

33.b) Si non, pourquoi ?

- Manque de temps
- La structure ne le propose pas
- Vous n'avez pas de demande de la part des personnes âgées pour vouloir faire cette formation
- Aucune de ces réponses
- Autre...

⋮

34) Pensez-vous qu'une formation concernant la vie affective et sexuelle de la personne âgée devrait être délivrée au sein de votre lieu d'exercice ? *

(une seule réponse possible)

- Pas du tout
- Plutôt non
- Plutôt oui
- Absolument

Vous avez terminé le questionnaire !

Merci pour le temps que vous avez consacré à ce questionnaire afin de m'aider dans mon travail de recherche.

Bonne journée !

Hoareau Chantal

L'accompagnement de la vie affective et sexuelle de la personne âgée en ergothérapie

Introduction : La vie affective et sexuelle est aujourd'hui encore un sujet tabou et trop peu prise en compte dans l'accompagnement de la personne âgée en ergothérapie. Pourtant, cette occupation a une place importante et significative dans le quotidien, car elle fait partie des activités humaines. Comme l'a définie l'OMS en 2006, elle est une composante essentielle de l'individu.

L'objectif de l'étude : L'objectif de ce mémoire est de comprendre l'accompagnement ergothérapeutique centré sur les occupations en lien avec la vie affective et sexuelle chez les personnes âgées mais aussi, les moyens mis en place pour répondre à leurs besoins et attentes.

Méthode : L'étude a permis de recueillir par le biais d'un questionnaire l'expérience des ergothérapeutes dans l'accompagnement de la vie affective et sexuelle des personnes âgées et la collaboration interdisciplinaire sur ce sujet.

Résultats : L'enquête montre que les ergothérapeutes peuvent accompagner les personnes âgées dans leur vie affective et sexuelle en favorisant le travail en équipe pluridisciplinaire sur cette thématique. Cependant, le cadre institutionnel, les soignants ou l'entourage peuvent être des freins pour répondre efficacement aux besoins et attentes de la personne âgée. L'enquête met en lumière l'importance d'une formation confirmée par l'ensemble des professionnels.

Conclusion : Cette étude met en évidence que l'ergothérapeute en tant qu'expert en l'habilitation de l'occupation doit prendre en considération les occupations qui ont du sens pour la personne, et la vie affective et sexuelle en fait partie.

Mots clés : Accompagnement- vie affective et sexuelle – ergothérapie- personne âgée

Accompanying the affective and sexual life of the elderly in occupational therapy

Introduction : Affective and sexual life is still a unspoken subject in occupational therapy, and too little attention is paid to it in the care of the elderly. However this occupation has an important and significant place in everyday life, as it is part of human activity.

As defined by the WHO in 2006, it is an essential component of the individual.

Study aims : The purpose of this dissertation is to understand occupational therapist support centred on occupations in conjunction with the affective and sexual life of the elderly, and the means put in place to meet their needs and expectations.

Method : The study collected information through a questionnaire on the experience of occupational therapists in accompanying the affective and sexual life of the elderly, and on interdisciplinary collaboration on this subject.

Results : The survey shows that occupational therapists can support older people in their emotional and sexual life by promoting multidisciplinary teamwork on this topic. However, the institutional setting, the caregivers or the family can be obstacles to effectively meeting the needs and expectations of the elderly person. The survey highlights the importance of training confirmed by all occupational therapists.

Conclusion : This study highlights that the occupational therapist, as an expert in occupational habilitation, must consider occupations that are meaningful to the person, and emotional and sexual life is one of them.

Keywords : Affective and sexual life - Older person - Accompaniment - Occupational therapy