



SANTE SEXUELLE DES PERSONNES AVEC UN TROUBLE DU DEVELOPPEMENT INTELECTUEL : L'ENGAGEMENT DE L'ERGOTHEPEUTE POUR UNE JUSTICE OCCUPATIONNELLE

Mémoire d'initiation à la recherche

DURAND Charlotte

Promotion 2022-2025

Madame CHANET Catherine

Maître de mémoire



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

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

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

Article 2 :

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

Article 3 :

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

Article 4 :

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

*Je soussigné-e***DURAND Charlotte***.....*

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

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

Fait à **Conches en Ouche** *Le***08/05/2025***..... signature*

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

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

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

Remerciements

Avant tout, je tiens à remercier chaleureusement Madame CHANET Catherine, ma Maître de Mémoire pour son investissement dans ce travail de recherche et le partage de son expérience. Un grand merci à sa bienveillance, son regard critique et ses nombreuses heures durant lesquelles nous avons échangé.

Merci aux professionnels ayant participé à l'étude, et à la richesse de nos entretiens.

Je tiens à saluer toute l'équipe pédagogique et administrative de l'Institut de Formation en Ergothérapie de La Musse pour leur accompagnement au cours de ces trois années d'apprentissage. Dans le cadre de ce travail, je remercie spécialement Madame MOFADDEL Nadine pour son accompagnement et Monsieur HASLOUIN Vincent pour ses réflexions.

Dans un autre registre, je remercie l'ensemble de ma promotion pour la richesse de ses personnalités et des moments partagés.

Mes derniers remerciements vont aux personnes qui me sont très chères, ma famille, qui m'a toujours soutenue. Grâce à eux, une grande page se tourne.

Sommaire

Introduction	1
1 Cadre conceptuel.....	3
1.1 Trouble du développement intellectuel (TDI)	3
1.2 Justice occupationnelle	4
1.3 Santé sexuelle	6
1.3.1 Violences sexuelles.....	8
1.3.2 Consentement et Auto-détermination	9
1.4 Promotion de la santé et Déterminants de santé.....	10
1.5 Ergothérapeute.....	14
1.5.1 Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO).....	16
2 Question de recherche	19
2.1 Hypothèse	19
3 Cadre expérimental	19
3.1 Présentation de la méthode et de l'approche méthodologique.....	19
3.1.1 Méthode de recherche qualitative.....	19
3.1.2 Approche hypothético-déductive.....	20
3.2 Recueil de données.....	21
3.2.1 L'échantillonnage	21
3.2.2 L'entretien.....	22
3.3 Résultats.....	23
3.3.1 La santé sexuelle en ESAT des personnes avec un TDI	24

3.3.2	Justice occupationnelle en santé sexuelle	25
3.3.3	Intervention de l'ergothérapeute en santé sexuelle	27
3.3.4	Connaissance et pertinence perçue du Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle	32
3.4	Discussion.....	33
3.4.1	Confrontation des résultats au regard du cadre conceptuel	33
3.4.2	Retour sur l'hypothèse de recherche	36
3.4.3	Biais et limites de la recherche.....	37
3.4.4	Perspectives de la recherche	38
3.4.5	Projections professionnelles.....	40
	Conclusion.....	41
	BIBLIOGRAPHIE.....	
	ANNEXES	

Introduction

Le présent mémoire d'initiation à la recherche a pour thème la sexualité des personnes avec déficience intellectuelle (DI).

Il fait suite à deux situations rencontrées : l'une est dans le cadre d'un séjour adapté lors duquel un vacancier s'est plaint d'une agression sexuelle de la part d'un autre. Tous deux ayant une DI (avec troubles associés), amis, et travaillant dans un même Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT). La victime résidait avec ses parents ; l'auteur résidait avec sa mère. La seconde situation s'est présentée dans un ESAT accueillant entre autres un public avec DI. Le stagiaire en ergothérapie a relaté des situations de harcèlements sexuels dans un atelier. Il a également observé un phénomène d'entre soi dans les relations affectives au sein des travailleurs occasionnant des tensions et certaines pratiques « *par défaut* ». Il a dû s'informer et construire avec la psychologue de l'établissement une intervention collective, la participation des travailleurs étant sur le volontariat.

Ces situations aux comportements sexuels inadaptés m'ont interpellées par leurs répétitions. D'autre part, elles interrogent sur le rapport des personnes à leur sexualité et l'accompagnement par l'ergothérapeute. Ces expériences et questionnements personnels ont conduit à l'élaboration d'un cadre contextuel visant à objectiver la démarche de recherche.

Tout d'abord, d'après une expertise de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM, 2016a), à la demande de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, en France, 2% de la population présente une DI, avec une prévalence chez les garçons. Les personnes atteintes de DI légère sont de 10 à 20 personnes pour 1000, et celles avec DI sévère sont de 3 à 4 personnes pour 1000.

Les personnes avec déficience intellectuelle ont un risque accru de subir des violences sexuelles (Kerbage, 2011). Le risque d'être victime d'agression sexuelle est quatre fois plus important pour ces personnes (Gouvernement du Québec, s.d.). Tandis que « *l'inceste est responsable de la plupart des cas d'abus sexuels chez les résidents communautaires atteints de DI* », en institution les résidents peuvent être victimes de violences sexuelles de la part d'autres résidents (Servais, 2006). D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), « *différents facteurs de vulnérabilité exposeraient*

d'avantage les publics accompagnés dans les structures sociales et médico-sociales à des violences sexuelles (HAS, 2022b). En outre, « les recherches récentes montrent que les personnes ayant une DI sont moins informées sur la santé sexuelle que les autres » bien qu'elles aient « des besoins plus élevés en santé sexuelle que ceux qui avaient des handicaps physiques ou n'avaient pas de handicap » (Servais, 2006).

D'autre part, les ESAT (anciennement CAT) sont des structures médico-sociales, composées de 70% de personnes avec DI. On compte 1400 ESAT en France (ANESM, 2012). Un ESAT permet aux personnes en situation de handicap d'exercer une activité professionnelle dans un milieu protégé et peut être un lieu transitoire vers un travail en milieu ordinaire. Ainsi, il existe des ESAT dits « Hors murs ». L'admission est sur orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées par la Maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH). La personne doit être âgée de minimum vingt ans (dès seize ans avec dérogation). L'accompagnement en ESAT consiste également à accompagner la personne dans un projet de vie et à développer son autonomie (Service-Public.fr, 2024). La personne bénéficie d'un soutien professionnel médico-social parmi lequel, un ergothérapeute peut être présent. Dans ce contexte, *« en ESAT, comme dans le milieu ordinaire, [il est constaté que] le lieu de travail est un lieu privilégié de rencontres affectives »*. Ainsi, *« de nombreux couples se forment, avec tous les aléas liés aux relations de couple [...] C'est donc à tous ces aspects que sont confrontées les équipes [qui doivent] à la fois protéger le cadre du travail (faire intégrer aux personnes les règles et contraintes liées à un lieu professionnel et les codes sociaux qui s'y rattachent, notamment par rapport aux manifestations affectives), mais aussi prendre en compte le besoin d'affectivité des personnes, qui n'ont souvent pas d'autres lieux que l'ESAT pour l'exprimer »* (Garo et al., 2012). En ce sens, dans un ESAT en Normandie, il peut être relevé l'intervention ponctuelle du CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et Diagnostic), dans un autre, un projet d'accompagnement à la vie affective et sexuelle des usagers a fait l'objet d'un colloque, d'une Charte sur la thématique ainsi que la rédaction d'une Fiche Action. Ceux-ci s'inscrivent dans la Stratégie nationale de santé sexuelle, lancée en 2017 jusqu'à l'horizon 2030, ainsi que dans la circulaire du 5 juillet 2021. La première demande aux établissements ou services sociaux ou services médico-sociaux (ESSMS) d'inscrire l'accompagnement de la vie relationnelle dans le projet individualisé des personnes (HAS, 2022b). La seconde affirme le respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées en

ESSMS et de la lutte contre les violences sexistes et sexuelles (Mon parcours handicap, 2023a). Ce cheminement a conduit à une question de départ :

Comment l'ergothérapeute peut-il prévenir les risques de violences sexuelles auprès des personnes avec DI en ESAT ?

Pour commencer, à la suite de ce cadre contextuel et de cette question de départ, il sera développé un cadre conceptuel, qui permettra de définir une question de recherche ainsi qu'une hypothèse associée. Dans une seconde partie, le cadre expérimental sera présenté. Ce cadre expérimental se composera des résultats et de leur discussion. Enfin, l'écrit s'achèvera sur une conclusion.

1 Cadre conceptuel

1.1 Trouble du développement intellectuel (TDI)

La DI est également appelée handicap mental ainsi que trouble du développement intellectuel (TDI), nous privilégierons ce dernier terme à l'écrit. Le TDI est un trouble du neurodéveloppement. Les critères diagnostiques sont un déficit du fonctionnement intellectuel (raisonnement, jugement, résolution de problèmes, etc.) affectant les apprentissages, des fonctions adaptatives limitées et une apparition du trouble pendant l'enfance et persistant à l'âge adulte. Ce trouble a « *des conséquences sur les capacités d'adaptation des personnes à l'environnement avec des répercussions sur les actes de la vie quotidienne* » et « *des limitations significatives, de sévérité suffisante pour nécessiter un besoin de soutien* ». Les capacités adaptatives limitées altèrent également leur communication, leur autonomie, l'acquisition des habiletés sociales, leurs soins personnels, l'utilisation des ressources sociales et le maintien de leur sécurité personnelle (HAS, 2022a).

Dans une synthèse sur l'accompagnement de la personne présentant un TDI, s'adressant aux professionnels des ESSMS et aux aidants non professionnels, l'HAS recommande de développer et promouvoir leur autodétermination et leur participation en adaptant l'accompagnement selon leurs besoins, choix et attentes mais également en adaptant leurs différents milieux de vie (HAS, 2022a).

D'autre part, le TDI, est un trouble « à la trajectoire dynamique, présentant des différences d'expression tout au long de la vie ». En effet, ces manifestations

« différent selon la sévérité de l'atteinte, les caractéristiques de la personne, l'association à d'autres troubles, les périodes de la vie et le contexte environnemental » (HAS, 2022a). En ce sens, (INSERM, 2016a) précise que « la situation de déficience intellectuelle ne dépend pas seulement de la déficience intellectuelle, mais également de facteurs environnementaux ne favorisant pas la pleine participation de la personne à la communauté et son insertion sociale dans la société. » C'est ainsi que sera abordée le concept d'injustice occupationnelle et plus spécifiquement celui de privation occupationnelle.

1.2 Justice occupationnelle

La justice occupationnelle considère que tous les êtres humains sont par nature des êtres occupationnels (Malfitano et al., 2019) et promeut l'équité des personnes à l'accès aux occupations (Wilcock, Townsend, 2004) par des ressources et opportunités équitables (Malfitano et al., 2019). Une injustice occupationnelle limite l'exercice de quatre droits occupationnels, que sont : « *l'attribution d'un sens et l'enrichissement à travers l'occupation* (s'épanouir individuellement ou en tant que membre d'une communauté) ; *la participation à une gamme d'occupations favorisant la santé et l'intégration sociale* (sans discrimination fondées sur l'âge, les capacités, etc.) ; *la possibilité de faire des choix et de participer à la prise de décisions dans la vie quotidienne et le droit d'avoir des privilèges égaux pour s'engager à divers degrés dans des occupations* » (Wilcock, Townsend, 2004 ; Whiteford, 2000). Ces droits sont associés à différents cas d'injustice occupationnelle, dont celui de la privation occupationnelle. Le concept de privation occupationnelle décrit « *a state in which a person or group of people are unable to do what is necessary and meaningful in their lives due to external restrictions* »¹ (Whiteford, 2000).

Par ailleurs, Intim'Agir, un centre de ressource pour les personnes en situation de handicap sur la vie intime, affective, sexuelle, parentale, et la lutte contre les violences, a organisé des débats (Collectif « Handicap – Vie Affective, Intime et Sexuelle 27 », 2022). Était présent des usagers, des familles et professionnels témoignant de leur situation. Était abordé les droits sexuels des usagers en ESSMS et la lutte contre les violences. Dans ce cadre, il est rapporté que « *la personne [peut]*

¹ « *un état prolongé empêchant un individu ou un groupe d'avoir des opportunités de s'engager dans des occupations significatives et signifiantes en raison de facteurs échappant à leur contrôle* » [traduction libre]

être tributaire d'un environnement qui n'est pas favorable ». La littérature scientifique cite l'accès restreint des personnes avec un TDI à une sexualité par des facteurs externes (Healy et al., 2009), qui peuvent être « *des opportunités de participation sociale moins fréquentes, un réseau social plus limité, davantage ou plus longtemps centré sur la sphère familiale, des conditions environnementales restrictives (milieux insuffisamment adaptés, dans lesquels subsistent des préjugés), un entourage éducatif parfois porté à la surprotection.* » (INSERM, 2016b). Il est décrit « *des groupes sociaux restreints [...] confrontés à des restrictions qui ne permettent pas toujours de participer à certaines activités* », qualifiant les travailleurs vivant en foyer de « *microsociété* » (Krisnagiri, 2016). En conséquence, les personnes peuvent être « *tentées d'utiliser leurs corps ou leur sexualité comme moyen de reconnaissance ou d'intégration* » (Vaginay, 2018) ou, n'ayant acquis de rôle social dans la société permettant de « *renforcer le sentiment d'identité et clarifier les limites entre la personne déficiente mentale et les autres, [...] Ces personnes laissent à d'autres le contrôle de leurs comportements et sont facilement abusées* » (Seppala, 1997).

En outre, dans le but de promouvoir les droits sociaux d'individus ou de groupes, une ergothérapie dite sociale apparaît au Brésil dont les idées se corrélaient avec le concept de justice occupationnelle. Elle promeut la justice en transformant l'environnement social et favorisant la participation sociale. En ce sens, l'ergothérapie sociale ne sépare pas les « *micro- and macro-social dimensions, discussing approaches to individuals and their problems not as isolated scenarios but contextualized socially, with objectives aimed at social inclusion and participation* »² (Malfitano et al., 2019). En effet, selon Gail Whiteford, un ergothérapeute abordant la privation occupationnelle doit « *think and act at a broader social and cultural level [...] into influencing social and institutional structures and policies, which preclude people from full occupational participation* »³ (Whiteford, 2000). D'autre part, Elizabeth Townsend et Ann A. Wilcock préconisent aux ergothérapeutes abordant l'injustice occupationnelle dans leur pratique de collaborer avec la personne pour promouvoir son inclusion sociale, en favorisant la prise de décision et sa participation occupationnelle, entre autres par des outils d'évaluation en ergothérapie participatifs.

² « *dimensions micro- et macro-sociales, en abordant les individus et leurs besoins non pas de façon isolée mais contextualisée socialement, avec des objectifs visant l'inclusion et la participation sociale* » [traduction libre]

³ « *penser et agir à un niveau social et culturel plus large [...] pour influencer les structures et politiques sociales et institutionnelles qui empêchent les individus de participer pleinement aux occupations* » [traduction libre]

Il s'agit également de sensibiliser le public à la justice occupationnelle afin d'en être conscient et de la remettre en question, en sensibilisant également au pouvoir thérapeutique de l'occupation. Enfin, l'ergothérapeute ne doit pas seulement prendre en compte l'environnement humain immédiat mais, doit plus largement, prendre en compte les déterminants de la santé (économie, politiques nationales, valeurs sociétale) et leur impact sur les individus et groupes. Ainsi, il fait à la fois une analyse de l'environnement physique et social pour permettre des changements, tout en impliquant les personnes qui ont tendance à être socialement exclue (Wilcock et Townsend, 2004). Ceci, se corrèle avec la loi n°2005-102 du 11 février 2005, « *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap* ». Entre autres, la loi entend renforcer les droits des personnes en situation de handicap en France, en facilitant leur participation à la vie sociale, culturelle et politique, et en obligeant les établissements recevant du public et les services d'être accessibles à tous. Le droit à la compensation est légiféré : les MDPH sont créées (handicap.gouv.fr, 2017).

Dans le cadre de cette recherche, il est abordé l'injustice occupationnelle et plus spécifiquement le cas de privation occupationnelle auxquelles les personnes avec un TDI peuvent être sujet. Tel que spécifié plus haut, celle-ci peut concerner leur vie affective et sexuelle.

1.3 Santé sexuelle

Tout d'abord, la sexualité est un « *aspect central de l'être humain tout au long de la vie, qui englobe le sexe, les identités de genre et les rôles y afférents, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. La sexualité regroupe ainsi de nombreuses dimensions mais chaque personne ne ressent pas ou ne vit pas nécessairement chacune d'entre elles. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, juridiques, historiques, religieux et spirituels* » (HAS, 2022b). Ainsi, la sexualité est définie de façon holistique, et se trouve entre autres, étroitement liée aux relations interpersonnelles et affectives. L'HAS dans sa note de cadrage inclue la sexualité dans la tripartie : vie intime, affective et sexuelle, souvent employée sous l'acronyme de VIAS (Légifrance, 2021). La vie intime est le droit à une vie privée, à la

pudeur, et la vie affective « *fait référence aux sentiments, aux émotions, aux relations affectives, à l'amitié avec d'autres personnes* » (Mon Parcours Handicap, 2023a). Les Centres de Ressources Régionaux Intim'Agir à destination des personnes en situation de handicap étaient initialement connus sous l'acronyme VIASSP, soit pour Vie Intime, Affective, Sexuelle, et Soutien à la parentalité. La lutte contre les violences a été ultérieurement ajoutée. Ainsi, l'accompagnement tend à inclure les différentes dimensions relatives à la « sexualité ».

Par ailleurs, une personne en situation de handicap a droit à une vie intime, affective et sexuelle, dans le respect des lois et d'un consentement mutuel. Le code pénal sanctionne les violences sexuelles, celles-ci seront définies par la suite (Mon Parcours Handicap, 2023b). Dans ce contexte, la santé sexuelle est « *un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence* » (Sante.gouv.fr, 2016). Ainsi, la santé sexuelle aborde la sexualité dans sa définition holistique, en y incluant les notions de satisfaction et de bien-être, de sécurité, de droit d'accès et d'inclusion. Et, « *pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés* » (Sante.gouv.fr, 2016).

De plus, la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes en situation de handicap reconnaît les droits à la sexualité des personnes (Mon Parcours Handicap, 2023b). L'HAS dans ses Recommandations de bonnes pratiques, souligne « *l'impact positifs sur les relations interpersonnelles, la santé physique et mentale, l'espérance de vie et la qualité de vie* » de la VIAS, et recommande une « approche positive » de la sexualité (HAS, 2025). En ce sens, la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017 jusqu'à horizon 2030, est une initiative du ministère de la Santé français visant à promouvoir une approche globale, positive et inclusive de la santé sexuelle. Cette stratégie inclue les personnes les plus vulnérables, dont les personnes en situation de handicap mental. La circulaire du 5 juillet 2021 réaffirme les droits des personnes en situation de handicap à une VIAS, et l'inscrit alors dans le projet d'établissement des ESSMS (Légifrance, 2021). En plus du respect des droits des personnes, la VIAS doit être mentionnée dans le règlement de l'établissement et être

considérée dans les projets personnalisés. Aussi, les professionnels doivent être formés et un référent doit être désigné au sein de l'établissement pour veiller au respect des droits à la VIAS. Enfin, l'information doit être accessible. En outre, les centres de ressources Intim'Agir sont créés, financés par l'ARS, à destination des personnes en situation de handicap, des aidants et des professionnels. En 2022, Intim'Agir organisait une conférence-débat publique sur la VIAS des personnes en situation de handicap. Une majorité des représentants des acteurs du territoire étaient présents. Il était question d'intégrer la thématique dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens signés par les structures (CPOM). Néanmoins, l'état des lieux rend compte d'un investissement disparate des ESSMS et l'EVARS reste largement inappliqué (CESE, 2024). Toutefois, Intim'Agir observe en ESSMS de nouveaux jeunes adultes ayant reçu de l'EVARS et qui, en connaissance de leurs droits, expriment de nouveaux besoins auxquels les équipes éprouvent alors des difficultés à y répondre.

Bien que les politiques de santé soutiennent la promotion de la santé sexuelle et la lutte contre les violences sexuelles, les deux situations d'appel témoignent de la persistance de ces violences. Ainsi, les violences sexuelles sont définies ci-après.

1.3.1 Violences sexuelles

« Les violences sexuelles désignent tout actes sexuels commis avec violence, contrainte, menace ou surprise », et « recouvrent les situations dans lesquelles une personne impose à autrui un ou des comportements, un ou des propos (oral ou écrit) à caractère sexuel ». Elles sont de formes et de gravités diverses, dont le harcèlement sexuel, l'agression sexuelle, jusqu'au viol. Elles sont toutes définies et interdites par la loi, et sanctionnées pénalement (Arrêtons les violences., s.d). Pour les personnes en situation de handicap, « leur situation de vulnérabilité physique, psychologique et économique les expose davantage aux comportements de prédation », mais également, par leur situation de handicap, une personne peut être « habituée à ce que d'autres touchent son corps sans son accord, pour l'habiller, pour des traitements, et décident parfois à sa place » (Bourgneuf, 2021). Enfin, des « comportements agressifs envers soi ou envers les autres » peuvent être les « conséquences d'un déni de la vie intime et amoureuses ou de droits à la sexualité des personnes en situation de handicap » (Mon Parcours Handicap, 2023b). Ainsi, certains contextes peuvent favoriser les comportements inadaptés.

1.3.2 Consentement et Auto-détermination

« La notion de consentement est très importante car dans les violences sexuelles, la victime n'a pas consenti et n'a pas désiré ces comportements et/ou propos à caractère sexuel » (Arrêtons les violences, s.d.). Le consentement signifiant être d'accord et « implique que la personne doit être capable de donner son accord. L'acte de consentir c'est pouvoir comprendre, être autonome et être libre dans sa décision. » (Mon Parcours Handicap, 2023a). « Pour que le consentement soit jugé valide, [...] [la personne] doit savoir véritablement à quoi elle consent et on doit lui reconnaître la capacité à consentir. En droit canadien, certaines circonstances peuvent compromettre cette capacité à consentir, notamment [...] la déficience physique ou mentale » (Diotte, 2018). Ceci valant également en droit français. Ainsi, l'évaluation du consentement est liée à la fois aux capacités de la personne mais également à la façon dont la situation lui a été présentée. D'une part, l'HAS, rappelle que « les situations de vulnérabilité, le consentement et le discernement de toute personne sont contextuels » (HAS, 2025). Et, d'autre part, là où son état de déficience intellectuelle connu peut compromettre la reconnaissance de sa capacité à consentir, « l'auto-détermination est à considérer comme une continuité de la reconnaissance des droits des personnes présentant un TDI », selon l'HAS dans ses recommandations sur L'accompagnement de la personne présentant un TDI (HAS, 2022a). En effet, « les personnes présentant un TDI se sont inscrites dans cette démarche d'autodétermination pour éviter d'être réduites à leurs difficultés et à leur situation » car « les principes de l'autodétermination supposent que chaque personne est en capacité de s'autodéterminer, quelles que soient ses caractéristiques personnelles ».

Selon Wehmeyer (1996), l'auto-détermination est « l'ensemble des habiletés et des attitudes, chez une personne, lui permettant d'agir directement sur sa vie en effectuant librement des choix ». La recherche montre que « le développement de l'autodétermination est lié positivement au développement, par la personne concernée, d'autres capacités : les habiletés sociales, les habiletés de communication, les comportements adaptatifs, le niveau de contrôle souhaité sur les dimensions de sa vie qu'elle considère comme importantes ainsi que la résolution de problème » et au « respect de ses droits, à son inclusion sociale, qualité de ses relations interpersonnelles, [...] ». De plus, « ce qui peut être ressenti comme une impossibilité à s'autodéterminer peut-être lié à un manque d'information sur le sujet, à un manque d'opportunité et de stimulation » (HAS, 2022a). Ces derniers se corrèlent avec le

concept d'injustice occupationnelle, et plus particulièrement avec la privation occupationnelle qui pour rappel décrit « *a state in which a person or group of people are unable to do what is necessary and meaningful in their lives due to external restrictions* »⁴ (Whiteford, 2000). Cependant, la Loi du 2 Janvier 2002 réforme les ESSMS et renforce notamment les droits des usagers. Ces droits ont pour but de favoriser un accompagnement personnalisé, l'autonomie, le respect et la participation des usagers dans les ESSMS : la personne est placée au centre du dispositif d'accompagnement (HAS, 2022a).

D'autre part, face aux violences sexuelles, il est premièrement envisagé la prévention. Selon le Traité de Santé Publique (Bourdillon et al., 2016), la prévention est « *l'ensemble des actions, des attitudes et comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé* ». Elle se décline en deux nomenclatures : d'une part en prévention primaire, secondaire, tertiaire qui différencie les enjeux de prévention ; d'autre part, en prévention universelle, sélective ou ciblée précisant la portée de l'action. Il est distingué la prévention dite de « protection » : il s'agit d'actions, attitudes, comportements défensifs, « *contre des risques identifiés* » ; à celle dite « *positive* » renvoyant à la promotion de la santé (AP-HM, 2024), qui est une approche plus systémique et décentrée de la maladie, où l'individu est « compétent ». En ce sens, dans cet écrit, il sera préféré le concept de promotion de la santé à celui de prévention, d'une part parce qu'elle correspond à l'approche holistique de la santé sexuelle définie par l'OMS, et d'autre part, parce que la privation occupationnelle étant abordée, la recherche ne se limite donc pas aux comportements individuels mais à l'ensemble des déterminants de santé, et particulièrement aux facteurs externes échappant au contrôle de l'individu. La promotion de la santé et ses principes d'actions sont définis par la Charte d'Ottawa (1986) et les conférences internationales qui la compléteront ultérieurement.

1.4 Promotion de la santé et Déterminants de santé

Selon la Chartes d'Ottawa : « *la promotion de la santé est le processus qui permet aux populations d'améliorer la maîtrise de leur santé et de ses déterminants* » (Gouvernement du Canada, 1986). Les déterminants de santé sont les facteurs

⁴ « *un état prolongé empêchant un individu ou un groupe d'avoir des opportunités de s'engager dans des occupations significatives et signifiantes en raison de facteurs échappant à leur contrôle* » [traduction libre]

individuels, sociaux, économiques et environnementaux influençant un état de santé. La carte de la santé et de ses déterminants (Figure 1) publiée par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec est un outil définissant les déterminants de santé en quatre champs (Gouvernement du Québec, 2012). Ces derniers, sont schématisés chacun dans des cercles concentriques autour de l'état de santé de la population. Ce schéma guide l'analyse de l'influence des déterminants sur l'état de santé de la population mais également de l'influence des déterminants entre eux (Gouvernement du Québec, 2012). Les quatre champs sont :

- Les caractéristiques individuelles que sont les caractéristiques biologiques et génétiques, incluant ici le trouble du développement intellectuel de la personne. Les caractéristiques individuelles comprennent également les compétences sociales, les habitudes de vie, les comportements et les caractéristiques socio-économiques (la scolarité, l'emploi, le revenu) de la personne, sur lesquels le trouble du développement intellectuel a des répercussions : les comportements étant la façon d'être et de faire dans des activités de la vie courante, comprenant entre autres les pratiques sexuelles et les comportements liés à la sécurité. Les caractéristiques socio-économiques ont une très grande influence sur l'état de santé de la population, ainsi que sur les autres déterminants.
- Les milieux de vie sont les milieux dans et avec lesquels les individus interagissent au quotidien, tels que familial, scolaire, de travail, d'hébergement. Ces milieux exposent les individus à des conditions matérielles et socio-économiques propres. Ils sont également appelés les milieux de proximité, dans lesquels se développent des liens affectifs et sociaux, les personnes évoluent ainsi dans une communauté locale, une communauté étant un système social structuré de personnes. Les milieux de vie sont le deuxième champ de la carte. Par conséquent, ils influencent les caractéristiques individuelles dont les comportements, en favorisant ou entravant leur développement, et la capacité d'agir des personnes. De ce fait, la santé s'inscrit dans une perspective dynamique de par l'interaction constante de l'individu et ses milieux, tel que l'ESAT.
- Les systèmes regroupent les organisations nationales, régionales et locales administrées par l'Etat, et ont ainsi différents niveaux de gouvernance. Ils contiennent les ressources humaines, matérielles, financières et

organisationnelles nécessaires à l'offre de services, au respect des lois et des règlements. Ils incluent entre autres les systèmes de santé et d'éducation.

- Le contexte global, est un « ensemble d'éléments macroscopiques qui influencent fortement la vie en société ». Il inclut entre autres les contextes politique et législatif (lois, règlements, traités internationaux, instruments de mise en œuvre des politiques publiques), économique, social et culturel (renvoyant aux normes et valeurs prédominantes dans la société). De par leurs influences, ces contextes peuvent « avoir des effets bénéfiques, ou, au contraire, des effets nuisibles, tels que l'accroissement des inégalités ou la montée de l'intolérance » (Gouvernement du Québec, 2012).

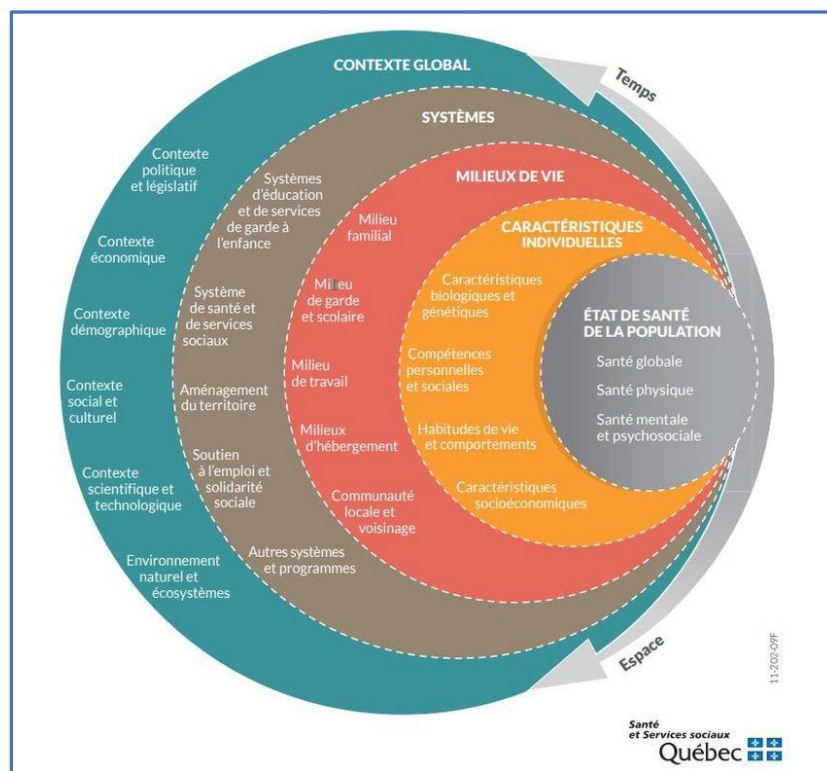


Figure 1 : Carte de la santé et de ses déterminants (Gouvernement du Québec, 2012).

Ainsi, la Charte d'Ottawa définit cinq domaines d'intervention en promotion de la santé avec notamment des « mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique », en plus de celles « visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus » (Gouvernement du Canada, 1986). Les cinq domaines d'intervention sont :

- Elaborer une politique publique saine,
- Créer des milieux favorables,

- Renforcer l'action communautaire, par une participation effective de la communauté,
- Acquérir des aptitudes individuelles, par le développement des compétences psychosociales,
- Réorienter les services de santé.

En outre, d'après un graphique du Canadian Institute for Advanced Research, l'Institut National de Santé Publique (INSPQ, s.d.) du Québec estime que les déterminants de l'environnement social, économique et physique impactent à 60% l'état de santé et de bien-être de la population (INSPQ, s.d.). Ainsi, *« il s'agit d'offrir des ressources favorables à la santé ou de réduire les effets négatifs des environnements sur la santé des individus et des populations. Concrètement les interventions se situent alors dans et hors du système de santé et recouvrent différentes dimensions : politique, environnementale par une approche systémique, communautaire et individuelle »* (Gouvernement du Canada, 1986). En lien la justice occupationnelle, il ne s'agirait pas seulement de prendre en compte les facteurs individuels et comportementaux des personnes mais d'élargir à leurs différents milieux, pour les rendre favorables à la santé (EFS, s.d.). Une telle action sur les déterminants de santé requiert une action partagée avec des partenaires d'autres secteurs d'activité (INSPQ, s.d.).

Enfin, dans le cadre d'une intervention en promotion de la santé, l'action est communautaire. Une communauté se définissant par le partage d'un espace géographique défini, des interactions sociales existantes et des liens communs (sentiment d'appartenance) (EFS, s.d.), tels que les travailleurs en ESAT. Initialement développée dans le secteur social, l'approche communautaire en santé est autrement dite *« santé communautaire »* et fait partie de la santé publique. Elle est une stratégie en promotion de santé, *« populationnelle et non individuelle »* (Planète Publique, 2011). Selon cette approche, *« les problèmes sociaux sont de nature collective et doivent faire l'objet de solutions collectives »*, en faveur d'une pratique *« horizontale, entre pairs ; verticale, entre couches professionnelles, couches sociales »*. Elle repose sur *« un repérage collectif des problèmes et des potentialités qui implique la population et qui inclut les dynamiques sociales à l'œuvre dans la collectivité ; la participation de tous les acteurs concernés (décideurs, professionnels, usagers) »* (Morel, 2007).

Pour rappel, en France, une Stratégie nationale de santé sexuelle lancée en 2017 jusqu'à horizon 2030 est en faveur d'une santé sexuelle, des rencontres et de la vie sociale des populations les plus vulnérables. Pour cela, l'accompagnement à la vie relationnelle doit s'inscrire dans le projet individualisé de la personne et les ESSMS ont à élaborer des programmes de santé sexuelle et de promotion de la santé (HAS, 2022b). Par ailleurs, une Stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022, plus globale, intègre également la promotion de la santé dans ses orientations, notamment en « *[Promouvant] la santé sexuelle et l'éducation à la sexualité* » (Sante.gouv.fr, 2017). Dans ce cadre, l'ANFE publie une Note de synthèse positionnant les ergothérapeutes d'après leurs compétences et souligne l'expertise des ergothérapeutes en tant « qu'acteurs de la prévention et de la promotion de la santé sociale et communautaire » (ANFE, s.d.a). L'ergothérapeute est défini.

1.5 Ergothérapeute

Selon L'ANFE, « *L'ergothérapeute (Occupational Therapist) est un professionnel de santé, exerçant dans les champs sanitaires, médico-social et social. Collaborant avec de nombreux professionnels, il est un intervenant dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes. Spécialiste du rapport entre l'activité et la santé, il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace.* » (ANFE, s.d.b).

L'ANFE encore, dans sa Note de synthèse au regard de la SNS 2018-2022, soutient que « *l'aspect de la sexualité fait partie du tout qui constitue la « balance occupationnelle » de la personne* » et, « *dans le cadre d'un entretien et d'un suivi en ergothérapie toutes les activités (occupations) que la personne qualifie comme importante pour elle doivent être abordées* » (ANFE, s.d.b). Néanmoins, certains ergothérapeutes bien que se considérant légitimes d'aborder la sexualité dans une prise soin, considèrent manquer de connaissances sur le sujet pour l'intégrer dans leur pratique (Young, 2019). De plus, la plus-value de l'ergothérapeute sur la vie affective et sexuelle des personnes peut être questionnée vis-à-vis d'autre professionnels tels que les sexologues ainsi que sur l'accompagnement d'une personne avec un TDI. En effet, dans la conférence-débat publique organisée par Intim'Agir en 2022, les

compétences de l'ergothérapeute dans le champ de la vie affective et sexuelle sont abordées par le prisme des aides techniques pour une personne avec des incapacités motrices : mais, qu'en est-il lorsqu'il s'agit d'un handicap mental ? L'ANFE encore, dans sa note de Synthèse au regard de SNS 2018-2022, présente la plus-value de l'ergothérapeute dans une situation où une personne présente des limitations physiques. Néanmoins, en fin de paragraphe, le public avec déficience intellectuelle est mentionné, en positionnant l'ergothérapeute comme acteur dans l'information auprès de l'entourage et des professionnels « souvent réfractaires à soutenir les pratiques sexuelles » avec ce public (ANFE, s.d.b). Ici, l'ergothérapeute interviendrait sur l'environnement humain. En effet, à la fin du XXe siècle, l'environnement est considéré comme important en santé. En ce sens, afin d'appréhender la complexité des situations de handicap, un troisième paradigme en ergothérapie apparaît, centré sur l'interaction de la personne, ses occupations et son environnement, inscrivant l'ergothérapeute dans une approche systémique (Morel-Bracq et al., 2017). Par conséquent, il s'agirait d'une part, de prendre en compte les besoins et attentes des personnes pour soutenir leur auto-détermination et autonomie, et d'autre part d'évaluer et agir sur leur environnement afin de favoriser leur participation occupationnelle, vers une adéquation de la personne et ses occupations à son environnement. Considéré ainsi, l'ergothérapeute, d'après son référentiel de compétences du diplôme d'Etat, est compétent pour évaluer les environnements humains et matériels de la personne, identifier les facilitateurs ou obstacles à l'indépendance et l'autonomie, et concevoir par la suite son intervention. De plus, l'ergothérapeute « [formule] des objectifs et [identifie] des activités significatives, adaptés au projet de vie de la personne et au contexte, en collaboration étroite avec la personne ou le groupe de personnes selon les principes d'une pratique centrée sur la personne », en faveur de son auto-détermination (Légifrance, 2010). Par conséquent, par ses compétences, l'ergothérapeute est un acteur privilégié dans la promotion de la santé, incluant la santé sexuelle, de par son approche globale de la personne dans ses différents milieux.

Enfin, l'intervention de l'ergothérapeute étant questionnée dans le champ de la vie affective et sexuelle des personnes avec TDI en ESAT, le recours à un modèle conceptuel est envisagé. En effet, un modèle conceptuel donne aux ergothérapeutes « *un cadre d'intervention structuré et argumenté, des outils d'évaluation cohérents et pour la plupart des résultats de recherches solides garantissant une démarche qualité* ». Il est une « *représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la*

théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique ». Il « associe des concepts, [...], qui modélisent une réalité trop complexe », il peut être schématisé. En adoptant un modèle, le professionnel fait le choix d'adopter un certain point de vue, avec un angle plus ou moins rapproché sur la situation et mettant en évidence certains aspects plutôt que d'autres. Par exemple, un modèle holistique permet de prendre du recul sur une situation, en prenant en compte la personne, mais également, plus largement, son environnement humain et matériel. Les modèles élaborés par des ergothérapeutes pour l'ergothérapie permettent de comprendre, argumenter, spécifier la profession et expliquer cette dernière aux personnes avec lesquelles il collabore (Morel-Bracq, 2017).

1.5.1 Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO)

Le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO) de 2022, co-rédigé par Dre Mary Egan et Dre Gayle Restall, promeut la participation occupationnelle (PO). La PO est définie comme la possibilité d'avoir accès, initier et maintenir des occupations significatives, inscrites dans des contextes et relations. Ainsi, en mettant la participation au centre du modèle, l'ergothérapeute peut intervenir auprès d'individus mais également auprès d'une collectivité (Restall et Egan, 2023). En effet, d'après le référentiel de compétence de son diplôme d'état, l'ergothérapeute peut intervenir auprès d'une personne et de son entourage mais également, auprès d'un groupe de personnes (compétence 1) (Légifrance, 2010). Ce modèle met en évidence les inégalités d'accès aux occupations. Par ailleurs, il a été mentionné précédemment l'injustice occupationnelle, et plus précisément les cas de privations occupationnelles, auxquels peuvent être confrontées les personnes avec un TDI. En ce sens, le concept étant ergothérapique, l'ergothérapeute est un acteur de la justice occupationnelle et facilitateur de la PO. Par ailleurs, le modèle ne se réfère pas à une liste exhaustive d'occupations (les soins personnels, les loisirs, la productivité) afin de n'omettre aucune occupation importante pour la personne ou la collectivité et n'imposer aucune subjectivité de la part du professionnel. Par conséquent, l'ergothérapeute peut aborder avec une personne ou un groupe de personnes leur vie sexuelle et affective dans sa diversité. D'une autre façon, le MCPO aborde d'une part les besoins essentiels (biologiques et de sécurité) et d'autre part, les besoins partagés d'autonomie, de relation et de compétence, s'appuyant sur la théorie de l'autodétermination. Considéré ainsi, la participation occupationnelle étant au centre du modèle, l'ergothérapeute s'appuyant sur ce modèle se prémunit des critères

d'aptitudes ou de performances en privilégiant la recherche de moyens et les changements contextuels. (Restall et Egan, 2022). En effet, pour rappel, « *les principes de l'autodétermination supposent que chaque personne est en capacité de s'autodéterminer, quelles que soient ses caractéristiques personnelles* » (HAS, 2022a). En outre, en s'appuyant sur le MCPO dans leur pratique, les ergothérapeutes doivent comprendre le contexte des occupations et l'influence des différents systèmes dans lesquels l'homme vit. Un système est un « ensemble d'éléments en interaction dynamique » (Giraudier et Poulain, 2024), qui peuvent être étudiés selon trois niveaux :

- Le niveau micro considère les influences personnelles et environnementales immédiates. Il s'agit de son environnement humain, et dans le cadre de la recherche ils peuvent être de l'individu avec ses collègues, les professionnels de l'ESAT, sa famille, etc. Par exemple, ce niveau permet par l'analyse de saisir, l'interaction de la personne avec ses pairs et leurs influences, les pratiques des professionnels, l'environnement des occupations.

En s'attachant à étudier le niveau micro de l'occupation de la personne, l'ergothérapeute mobilisant le MCPO s'inclue comme élément d'influence dans le contexte relationnel de la thérapie. Ainsi, l'ergothérapeute considère l'influence de ses valeurs, croyances, ses préjugés et sa pratique.

- Le niveau méso comprend les structures et l'organisation des services, leurs programmes, les infrastructures de quartiers, et s'inscrit entre les orientations générales données au niveau macro et la recherche de solutions pratiques au niveau micro. Ils ont des influences directes et/ou indirectes sur l'occupation et son accessibilité. Ici, il peut s'agir des ESATs, de leurs politiques (CPOM), des infrastructures et services de la ville (CeGIDD, Intim'Agir et la pédagogie, associations). Par exemple, ce niveau permet par l'analyse de saisir la dynamique de la structure sur le thème de la vie affective et sexuelle (règlement, formation des professionnels, actions), les opportunités occupationnelles.
- Le niveau macro est le contexte politique et socio-économique plus vaste, influençant les systèmes plus petits méso et micro de la personne. Il s'agit du cadre législatif et des politiques publiques (SNS) entre autres, et peut

influencer profondément l'occupation, le travail des professionnels (Restall et Egan, 2022).

Ces différents niveaux « *permettent de mieux saisir les éléments d'influence d'une situation d'injustice occupationnelle et ouvrent les interventions des ergothérapeutes traditionnellement inscrites au niveau micro à des niveaux plus large, méso et macro* ». En effet, « *la prise en considération à différentes échelles de l'environnement est un des éléments qui caractérise le plus spécifiquement l'ergothérapeute.* » (Giraudier et Poulain, 2024).

Par ailleurs, en s'appuyant sur le MCPO, l'ergothérapeute approfondira collaborativement l'histoire et les relations des individus (ou collectivités) afin de comprendre leurs influences sur la signification et les buts des occupations. Et, dans un second temps, il s'attachera à étudier leur environnement afin d'appréhender leurs possibilités et leur adéquation. La collaboration avec les différents acteurs tels que les usagers, les professionnels, leur entourage et autres, sera employée (Restall et Egan, 2022).

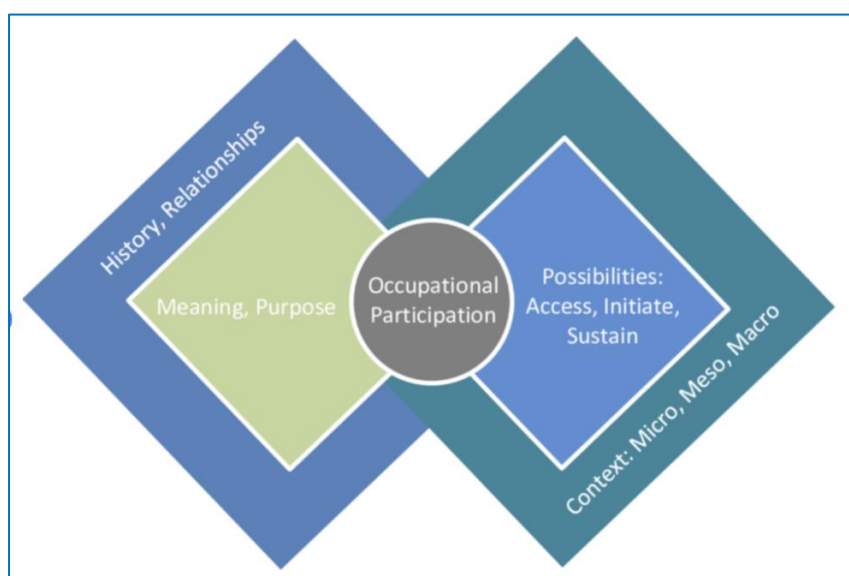


Figure 2 : Schéma du MCPO (Restall et Egan, 2022)

Pour finir, l'injustice occupationnelle et plus spécifiquement, la privation occupationnelle à laquelle peuvent être sujet les personnes avec un TDI, peut être en défaveur de leur santé sexuelle et inscrit l'ergothérapeute dans le processus d'intervention pour lutter contre. Il a été également relevé que les ergothérapeutes se sentent légitimes d'aborder la sexualité mais que très peu l'incluent dans leur pratique.

2 Question de recherche

Le travail exploratoire mené en amont ainsi que le cadre conceptuel ont permis de cibler et faire évoluer la réflexion amenant ainsi à la question de recherche :

En quoi le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle permettrait à l'ergothérapeute de s'engager dans une justice occupationnelle en faveur de la santé sexuelle des personnes avec un Trouble du Développement Intellectuel en Etablissement et Service d'Aide par le Travail ?

A la suite de cette question de recherche découle une hypothèse.

2.1 Hypothèse

L'hypothèse est la suivante : **Le MCPO apporterait un cadre d'intervention efficient à l'ergothérapeute pour s'engager dans une justice occupationnelle en faveur d'une santé sexuelle des travailleurs avec TDI.**

Pour répondre à cette question de recherche et valider ou non cette hypothèse, une phase expérimentale sera entreprise.

3 Cadre expérimental

Dans cette nouvelle partie du mémoire d'initiation à la recherche, les données théoriques seront confrontées aux données empiriques de terrains. Ainsi, la méthode de recherche et l'approche seront présentées. Par la suite, les données empiriques seront récoltées, puis analysées et enfin, les résultats seront discutés. Ces différentes étapes permettront de valider ou invalider l'hypothèse, et répondre à la question de recherche.

3.1 Présentation de la méthode et de l'approche méthodologique

3.1.1 Méthode de recherche qualitative

Tout d'abord, la méthode de recherche qualitative est utilisée de par sa démarche dite « *compréhensive* ». Selon Mays & Pope (1995), « *the goal of qualitative research is the development of concepts which help us to understand social phenomena in natural (rather than experimental) settings, giving due emphasis to the*

meanings, experiences, and views of all the participants »⁵ (Kohn et al, 2014). Par ailleurs, la question de recherche explore de manière transversale plusieurs concepts : l'engagement de l'ergothérapeute avec le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO) dans une justice occupationnelle en faveur de la santé sexuelle des personnes avec un Trouble du Développement Intellectuel (TDI) en ESAT. Ainsi, il est nécessaire d'interroger l'expérience des ergothérapeutes et leurs processus d'interventions au regard de la thématique et dans leur contexte. L'analyse de leur discours et le questionnement de la perception des ergothérapeutes au sujet du MCPO permettra d'en évaluer la pertinence. Le concept de santé sexuelle peut être complexe et subjectif, et nécessite une approche qualitative pour être compris. Enfin, le concept de justice occupationnelle concerne l'équité d'accès aux occupations significatives, ici en lien avec la santé sexuelle. La recherche qualitative permettra de saisir les injustices vécues par des travailleurs sur la thématique, d'identifier les freins et leviers à leur santé sexuelle, en tenant ainsi compte de leur contexte réel.

En ce sens, les entretiens individuels semi-directifs (ou -structurés), figurants parmi les techniques qualitatives de recueil de données seront privilégiés auprès des professionnels, puisqu'ils sont *«justifiés lorsque l'objectif est d'identifier les points de vue, les croyances, les attitudes, l'expériences de [...], de praticiens, [...]* » (Kohn et al, 2014).

3.1.2 Approche hypothético-déductive

De plus, l'approche hypothético-déductive est employée afin de structurer la démarche de recherche. Elle permet à l'investigateur de ce travail de recherche de formuler des hypothèses d'après un questionnement et un cadre théorique, et de les confronter dans un cadre expérimental, d'après une méthode, à la réalité. Ainsi, de la façon la plus méthodique et objective possible, les hypothèses de recherches seront validées ou invalidées.

⁵ « *le but de la recherche qualitative est de développer des concepts qui aident à comprendre les phénomènes sociaux dans les contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en accordant une importance particulière aux significations, aux expériences et aux points de vue des participants* » [traduction libre]

3.2 Recueil de données

3.2.1 L'échantillonnage

La question de recherche est dépendante d'un cadre contextuel et conceptuel précis. Par conséquent, il est défini un groupe représentatif de l'étude répondant à certaines caractéristiques précises appelé « échantillon ». En ce sens, des premiers critères d'inclusion ont été définis : être titulaire du diplôme d'Etat français en ergothérapie, pratiquer ou avoir pratiqué en ESAT, travailler ou avoir travaillé dans un ESMS (SAMSAH, SAVS) en partenariat avec un ESAT, être ou avoir été confronté à la thématique de la VIAS des usagers en ESAT, intervenir auprès de personnes présentant un TDI en ESAT. Cependant, le critère *travailler ou avoir travaillé dans un ESMS en partenariat avec un ESAT* a été retiré. Initialement, il avait été inclus dans un intérêt systémique (en lien avec la privation occupationnelle et l'impact des différents systèmes sur la santé sexuelle des travailleurs en ESAT, tels qu'abordés dans le cadre conceptuel). Cependant, la question de recherche interroge le modèle au regard du contexte spécifique de l'ESAT, certains enjeux institutionnels auraient pu par exemple être difficilement identifiables par les autres professionnels d'ESMS.

Ainsi sont retenus comme critères d'inclusion :

- être titulaire du diplôme d'Etat français en ergothérapie
- pratiquer ou avoir pratiqué en ESAT
- être ou avoir été confronté à la thématique de la VIAS des usagers en ESAT
- intervenir auprès de personnes présentant un TDI en ESAT.

Les critères d'exclusions sont les réponses négatives à ces trois attendus.

Par ailleurs, un questionnaire de recrutement (Annexe I) Google Forms® des ergothérapeutes a été réalisé et diffusé sur divers réseaux tels que Facebook® et LinkedIn®. 39 ESAT ont également été contactés par mail ou directement sur leur site internet. Le réseau Intim'Agir à Evreux a été à nouveau sollicité. Les participants au questionnaire de recrutement pouvaient soit rester anonyme, soit me laisser leur contact. 5 ESAT ont répondu sur les 39 mails envoyés, 4 m'indiquant qu'il n'y avait pas d'ergothérapeute dans leur structure. 7 ergothérapeutes ont répondu au questionnaire de recrutement, comprenant 1 ergothérapeute dont l'ESAT a été contacté par mail, et 4 ont laissé leurs coordonnées avec l'accord d'être recontactées. Cependant, l'un d'eux, dit ne pas avoir été confronté à la thématique lorsqu'il travaillait

en ESAT, il a donc été écarté de l'enquête. Toutefois, l'un des trois ergothérapeutes sélectionnés, était en co-tutorat en dernière année de formation d'ergothérapie lorsqu'il a travaillé en ESAT. Maintenu dans l'échantillon de par l'autonomie du co-tutorat et le nombre restreint de répondant, il sera référencé dans les biais.

Ainsi l'échantillon se compose de :

- E1, ergothérapeute diplômé d'Etat en juin 2023. E1 intervient en ESAT dans le cadre d'une convention hospitalière. Chaque semaine, il intervient sur un site différent, à raison d'une journée. E1 n'a pas reçu de formation sur la thématique de la sexualité.
- E2, ergothérapeute diplômée d'Etat en 2012. E1 intervient dans un ESAT Hors les murs, dans lequel elle occupe un poste à temps complet. Aucune mention de formation sur la thématique de la sexualité n'a été mentionnée.
- E3, ergothérapeute diplômé d'Etat en juin 2024. E1 est intervenu en ESAT dans le cadre d'un stage en co-tutorat lors du 5^{ème} semestre de sa formation initiale. Il travaillait 35h par semaine. Après son expérience en ESAT, E1 a participé a une unité d'enseignement optionnelle sur la sexualité lors de sa formation initiale.

3.2.2 L'entretien

3.2.2.1 *Réalisation du guide d'entretien*

Pour rappel, la technique d'entretiens semi-directifs est privilégiée pour recueillir les données. Un guide d'entretien (Annexe II) est réalisé afin de structurer les entretiens, tout en ayant recours à des questions ouvertes permettant une certaine souplesse à l'échange, comparable alors à une « *conversation* » (Kohn et al., 2014).

Le guide d'entretien s'est construit en prenant appui sur la question de recherche et ses concepts. A partir de cet objectif, 4 grandes thématiques ont été définies :

- La santé sexuelle des personnes avec un Trouble du Développement Intellectuel en ESAT
- La justice occupationnelle en santé sexuelle
- Les interventions de l'ergothérapeute en santé sexuelle en ESAT
- Le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle.

Enfin, ces 4 grands thèmes ont été déclinés en sous-thèmes, chacun associé à des questions spécifiques.

Le guide d'entretien, la question de recherche ainsi que l'hypothèses n'ont pas été fourni aux participants afin de ne pas biaiser les résultats.

3.2.2.2 Passation des entretiens

Préalablement à la passation des entretiens, un formulaire de consentement (Annexe III) a été envoyé numériquement à chaque professionnel, qui l'ont ensuite rempli et signé. Préalablement encore, il a été proposé à chaque professionnel un entretien en distanciel en visio, auquel tous ont répondu favorablement. Cette suggestion répondait à la fois à la difficulté d'une rencontre physique par l'éloignement géographique et / ou à un gain de temps pour chacun. En effet, certains rendez-vous se sont déroulés lors de leur pause déjeuner sur leur lieu de travail ou après la journée de travail, en semaine. Nous nous sommes réciproquement donnés nos disponibilités, le choix final étant laissé aux professionnels.

La durée des entretiens était prévue initialement à 45 minutes, ceux-ci ont duré environ 38 minutes. 3 questions incluant les critères d'inclusion ont été posées au début de l'entretien et l'autorisation à l'enregistrement de l'entretien a été réitérée. Le guide d'entretien a été appliqué à chaque participant, des questions supplémentaires ont pu être posées dans le but d'approfondir les propos des participants.

3.3 Résultats

A la suite de chaque entretien, il a été réalisé leur retranscription permettant leur analyse (Annexe IV). L'analyse des résultats s'est principalement appuyée sur une analyse de contenu, c'est-à-dire sur la recherche de sens. Une analyse de discours a également été mobilisée, en s'appuyant sur l'identification de mots ou groupes de mots pouvant être rattachés à des concepts. Certaines expressions ont aussi été analysées pour mettre en lumière une posture professionnelle implicite adoptée par la personne interrogée.

Par ailleurs, deux méthodes d'analyse ont été mobilisées : l'analyse par entretien, ou analyse verticale ; l'analyse thématique, ou analyse transversale. La première permet d'étudier chaque entretien de manière individuelle avant toute comparaison avec les autres entretiens et ainsi comprendre le discours (expériences, représentations,

pratiques) de la personne par rapport à son propre contexte. La seconde permet une analyse transversale des entretiens, en regroupant les réponses autour de thèmes communs. Elle de comparer les points de vue des participants, d'établir des similitudes ou convergences et d'apporter des éléments de réponse en lien avec la question de recherche.

Une grille d'analyse (Annexe V) a été construite d'après le guide d'entretien afin de trier les verbatims en lien avec les thématiques et faciliter alors l'analyse transversale.

Les résultats sont analysés ci-après :

3.3.1 La santé sexuelle en ESAT des personnes avec un TDI

Dimensions perçues de la santé sexuelle par le professionnel :

Chacun des ergothérapeutes rend compte de certaines dimensions de la santé sexuelle. Ainsi, E1 définit séparément la santé sexuelle et affective. D'une part, la santé sexuelle est décrite comme étant « *l'absence de pathologie sexuelle* » en citant les IST, ce qui rend compte d'une approche biomédicale. D'autre part, il définit la santé affective comme « *une relation saine, [...] avec soi et l'autre* », en y associant ainsi une dimension plus relationnelle et personnelle.

Par ailleurs, en affirmant que « *la santé sexuelle et affective dépend de chaque personne* » et en citant explicitement l'état de bien-être comme composante de la santé sexuelle, en pointant également la nécessité d'un consentement mutuel, E3 intègre à la fois les dimension personnelle, relationnelle et de sécurité.

En revanche, E2 définit la santé sexuelle est affective comme étant « *la possibilité pour la personne de pouvoir avoir accès à ces activités* » (non nommées mais sous-entendues sexuelles et affectives), « *comme elle le souhaite et comme elle l'entend* ». Cette définition met en avant une approche occupationnelle de la santé sexuelle et centrée sur la personne. Elle renvoi également au concept d'opportunité occupationnelle, soit la capacité d'accéder à un environnement permettant une occupation. Aucun pré-requis (norme, capacité) à la santé sexuelle n'est mentionné renvoyant à la notion d'équité occupationnelle et donc de droit à la sexualité. Ainsi, en insistant également sur la liberté de choix, un dernier concept, celui de l'auto-détermination transparaît dans cette définition.

Niveau de satisfaction des usagers estimé :

Les trois ergothérapeutes s'accordent à évaluer la satisfaction des usagers au regard de leur sexualité entre 4 et 5 sur 10 soit légèrement satisfaisant à moyennement satisfaisant. Ainsi, E3 souligne que c'est personne-dépendant. Toutefois, il dit pouvoir imaginer que les personnes en situation de handicap, ici avec TDI, peuvent « *dans certains cas, avoir plus de difficultés à avoir accès à une vie affective et sexuelle* » comparé à la moyenne. Par ailleurs, E1 et E3, ont pu observer une expression de l'affectivité et de la sexualité au sein de les ESAT en citant par exemple la présence d'amitiés et de couples au sein de la structure, ou de problématiques de harcèlement. Lors des entretiens, tous s'accordent à dire que la sexualité est difficilement évoquée par les personnes. E1 et E3 abordant le sujet suite à des observations ou des transmissions de l'équipe. Au sein l'ESAT de E2, la thématique est abordée dans un auto-questionnaire des besoins que les travailleurs remplissent pour l'élaboration de leur projet individuel. Le Conseiller en Economie Sociale et Familiale (CESF) étant à la charge du questionnaire. Toutefois, E2 relève que les travailleurs expriment plus fréquemment un sentiment de solitude, une rupture des liens sociaux ou des difficultés à entrer en relation avec autrui.

3.3.2 Justice occupationnelle en santé sexuelle

Reconnaissance des droits sexuels :

Les trois professionnels reconnaissent de façon implicite ou explicite les droits sexuels des personnes en situation de handicap. Pour rappel, E2 définit la santé sexuelle comme « *la possibilité pour la personne de pouvoir avoir accès à ces activités-là, ces occupations-là, comme elle le souhaite et comme elle l'entend* ». L'approche est inclusive, sans aucune discrimination, favorisant l'accès aux personnes à leurs occupations et par conséquent, à la reconnaissance de leur droits sexuels. E1 déconstruit le stéréotype que les personnes en situation de handicap n'auraient pas de sexualité par son propos : « *parce qu'on est en situation d'handicap, on n'a pas de sexualité, alors que ce n'est pas le cas* ».

Par ailleurs, E3 reconnaît les difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap d'accéder à une vie sexuelle et affective satisfaisante, en comparaison avec le reste de la population. Cela constitue un cas d'injustice occupationnelle, c'est-à-dire

une situation dans laquelle une personne est limitée de manière non équitable à des ressources ou opportunités de participation occupationnelle (Malfitano et al., 2019).

Enfin, en adoptant une posture de vigilance professionnelle vis-à-vis de la thématique auprès des travailleurs, dans un objectif « *préventif* » des abus, de transmission d'IST ou de décisions précipitées (par exemple, les projets de vie envisagés rapidement après une rencontre amoureuse, ou alors passer à l'acte sexuel dès le début d'une relation), E1 œuvre implicitement au respect des droits de la personne en situation de handicap par l'accès aux moyens de contraception et à l'information (qu'est-ce que le consentement). En revanche, E1 « *se questionne beaucoup* » (répéter 3 fois) sur les comportements amoureux des travailleurs. Ceci interroge la place laissée à l'autonomie de la personne, et la limite entre bienveillance et surprotection dans la posture professionnelle.

Freins perçus à la santé sexuelle des usagers :

Les trois professionnels interrogés identifient de nombreux freins systémiques, sociaux et personnels à la santé sexuelle des personnes.

D'une part, E1 souligne le manque de connaissance des travailleurs en situation de handicap sur la thématique. En effet, le sujet n'est selon lui pas ou insuffisamment abordé dans les institutions accueillant les travailleurs, que ce soit les lieux de vie ou les ESAT, et a alors pour conséquence que les travailleurs soient « *livrés à eux-mêmes* ».

D'autre part, E2 et E3 relèvent que l'environnement peut être en défaveur des relations sociales, de par l'isolement social d'une personne (travailler seul, habiter seul) (E2) et / ou « *l'entre-soi* » institutionnel (en ESAT ou foyer) limitant les opportunités de rencontre. Cette incidence de l'environnement peut être majorée par certaines structures qui peuvent « *tenter d'interdire [ou éviter d'aborder] la thématique* ». Cependant, tel qu'abordé précédemment, l'ESAT dans lequel travaille E2 propose un auto-questionnaire incluant la vie intime, affective et sexuelle des travailleurs, et peut selon les besoins être inclus dans leur projet. E3 relève que certains environnements familiaux sont surprotecteurs et peuvent également interdire l'accès aux personnes à une vie affective et sexuelle. E1 pointe la persistance de préjugés.

Par ailleurs, E1 et E3 soulignent que la situation de vulnérabilité, liée au handicap des personnes (E3) ou à certains troubles (E1), peut s'accompagner d'un manque de confiance en soi et de parcours de vie « *chaotiques* » ou « *traumatiques* », rendant difficiles pour ces personnes l'ouverture vers l'extérieur et la possibilité de faire des nouvelles rencontres (E3).

Leviers perçus à la santé sexuelle des usagers :

Parmi les leviers à la santé sexuelle des usagers, les trois professionnels interrogés s'accordent sur l'importance des structures et professionnels à s'engager dans l'accompagnement des usagers sur la thématique, et ainsi favoriser l'information (E1) et limiter la privation occupationnelle par les pratiques professionnelles (E3). E3 ajoute qu'il est nécessaire que les établissements et les professionnels interrogent leur pratique et leur organisation afin d'améliorer l'accompagnement. E2 valorise en plus du soutien des professionnels de la structure, un environnement personnel (foyer de vie, famille, pension de famille) et professionnel (travailler en équipe) riche, permettant à la personne d'être mieux entourée et accompagnée.

Par ailleurs, E1 ajoute qu'il est plus facile pour certaines personnes d'aborder ces sujets entre pairs. En ce sens, E2 privilégie les interventions collectives, en faveur d'une dynamique relationnelle tout en permettant aussi de répondre aux contraintes de travail (temps).

A la demande de coter l'influence de l'environnement sur la participation des personnes à une vie affective et sexuelle satisfaisante, tous les ergothérapeutes évaluent l'environnement comme pouvant se révéler être un obstacle : E1 l'évalue à 7-8. E2 et E3 donnent la note maximale (10) lorsque celui-ci empêche la réalisation de l'occupation. Cependant, E2 a identifié que l'environnement social pouvait pour certaines personnes isolées être un frein, lorsque pour d'autres, plus entourées, être un facilitateur, et donne ainsi une fourchette allant jusqu'à 2 (plutôt facilitateur).

3.3.3 Intervention de l'ergothérapeute en santé sexuelle

Utilisation d'un modèle conceptuel :

Les professionnels E1 et E3 recourent tous deux au Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), pour la richesse de ses outils (accessibles et traduits en français). E1 exprime d'ailleurs le besoin d'un outil d'intervention pour aborder différentes

dimensions de la vie affective et sexuelle de la personne telle que la volition, la participation ou encore les rôles. En plus, du MOH, E3 utilise le modèle de processus d'intervention en ergothérapie (OTIPM). Ces deux modèles lui permettent de structurer sa pratique et de s'adapter à différentes situations.

En revanche, E2 retrace quant à elle une évolution de sa pratique. Diplômée en 2012, elle explique que les modèles conceptuels étaient peu utilisés bien qu'elle y fût formée. Elle reconnaît que sa pratique était initialement biomédicale, et s'est développée de manière empirique, sans s'appuyer explicitement sur un modèle conceptuel. Cependant, à son arrivée en ESAT, dans la continuité du travail de sa prédécesseuse, elle s'est formée au modèle Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO). Ce modèle a permis une transformation de sa pratique et posture professionnelle en permettant à la personne d'être plus actrice de son projet. L'auto-détermination de la personne est recherchée puisque *« c'est elle qui va fixer ses objectifs, ce dont elle a besoin, déterminer ses problématiques »*.

Cependant, leurs utilisations dans le domaine de la santé sexuelle n'est pas explicite.

Auto-détermination des usagers :

Les trois professionnels s'accordent à dire que la vie affective et sexuelle peut être *« un sujet parfois compliqué à aborder avec eux »*, *« sensible »*, qui reste *« tabou »*. Ainsi, aborder et / ou exprimer une demande en lien avec la vie affective et sexuelle n'est souvent pas à l'initiative de l'utilisateur, et fait souvent suite à une observation d'un professionnel (*« quand on voit qu'il y a un rapprochement »* E3). Certains professionnels proches des travailleurs au quotidien tels que les coordinateurs peuvent également relayer une information. E1 essaye alors d'*« aborder le sujet délicatement, [en tâtant] le terrain »* afin de *« savoir si la personne souhaite développer »* sur le sujet. E1 recherche ainsi le consentement de la personne en lui laissant le droit de décider, ce qui l'inscrit dans une démarche d'auto-détermination. Cependant, lorsque les situations sont souvent rapportées par un tiers (coordinateurs), la place réelle laissée à l'autonomie de la personne interroge.

Par ailleurs, E1 inscrit explicitement sa démarche en faveur de l'auto-détermination en s'appuyant sur le modèle conceptuel du MCRO et un outil de type auto-questionnaire, centrés sur la personne et favorisant l'expression de ses besoins. Ce modèle permet à la personne d'être actrice de son projet de soin, et les objectifs sont co-construits

entre l'utilisateur et le thérapeute. E1 exprime également vouloir utiliser un auto-questionnaire dans sa pratique pour aborder la thématique. Dans sa pratique, E3 tente également d'ajuster sa posture, qu'il souhaite « *transversale* », non hiérarchique donc « *n'est pas là pour donner des ordres* » en faveur d'une collaboration (« *on les retravaille ensemble* »).

Freins aux interventions en santé sexuelle en ergothérapie :

Les professionnels E1 et E2 pointent un manque de temps comme obstacle majeur à des interventions en santé sexuelle. La présence de E1 est ponctuelle dans l'ESAT (une fois toutes les trois semaines dans une structure) et évoque comme un E2, une charge de travail importante, avec une pluralité des missions, limitant les entretiens individuels (E2) et l'approfondissement de la thématique (E1, E2). Les travailleurs présentent également peu de disponibilité au regard de leur temps de travail en entreprise pour un suivi au sein de l'institution.

Dans les trois cas, les professionnels soulignent que le cadre de l'ESAT peut être un frein à leur intervention. En ce qui concerne E3, il pointe le cadre institutionnel rigide pouvant limiter les possibilités d'intervention sur la thématique. Pour rappel l'ESAT, est une structure qui permet aux personnes en situation de handicap d'exercer une activité professionnelle, cette identification d'un lieu de production, n'incite pas selon E1 et E2, le travailleur à aborder sa vie affective et sexuelle. En ce sens, l'ergothérapeute E2 exprime être en difficulté par une posture d'employeur perçue par les travailleurs ne favorisant pas leur expression sur la thématique. E2 travaillant dans un ESAT Hors les murs, c'est-à-dire que les personnes sont insérées dans des milieux ordinaires, ce qui a selon elle pour conséquence que les personnes préféreront cacher leurs difficultés. Pourtant, les travailleurs dans le cadre d'un ESAT, bénéficient également d'un accompagnement médico-social et éducatif. Ainsi E1 souligne le paradoxe d'un lieu de travail qui n'est pas forcément un lieu adapté pour parler de sexualité, mais que la thématique, dans le cadre d'un accompagnement en ESAT, peut être finalement une thématique sur laquelle la personne peut être accompagnée.

Ainsi, tous s'accordent à dire que la vie affective et sexuelle est un sujet difficilement abordable par les travailleurs de par son caractère intime et sensible, et par les professionnels qui se sentent en difficulté (E1, E2). E3 ajoute qu'il persiste des tabous

autour de cette problématique, ainsi que des représentations personnelles et professionnelles (s'incluant) qui peuvent biaiser l'intervention.

Enfin, les ergothérapeutes révèlent également des limites dans leurs champs de compétence et de pratiques. En effet, E1 souligne le manque d'outils d'évaluation sur la thématique. E2 exprime un sentiment d'incompétence au regard de la thématique, préférant alors orienter vers un autre professionnel plus compétent. E3, quant à lui reconnaît que certains sujets tels que les vécus traumatiques des personnes (violences sexuelles, inceste) dépassent le cadre de l'ergothérapie et de son champ de compétence, et peut alors privilégier une collaboration pluriprofessionnelle.

Ressources aux interventions en santé sexuelle en ergothérapie :

Chacun des professionnels mentionnent le recours à des prestataires extérieurs spécialisés comme un levier aux interventions sur la thématique. Pour E1 et E2, ces partenariats (planning familial, associations) pallient un manque de compétence, qu'il soit perçu ou réel, et permet une solution organisationnelle face aux contraintes de temps. De son côté, E3 a mobilisé des ressources telles que La Maison de la santé et la pédagogie afin d'enrichir ses compétences, d'obtenir des supports pédagogiques adaptés, ainsi que des conseils d'orientation ou d'action, en lien avec les besoins du public cible et les objectifs poursuivis.

Par ailleurs, les ergothérapeutes soulignent l'importance d'une collaboration pluri- et interprofessionnelle sur la thématique. E1 recours à une collaboration avec les coordinateurs en s'appuyant sur leur lien de confiance avec l'utilisateur pour faciliter les échanges. E3 privilégie le travail d'équipe avec un professionnel compétents tels que les psychologues, afin de répondre de façon adaptée à des situations complexes comme l'expression de traumatismes. E2 s'appuie sur un réseau composé de divers acteurs (SAVS, psychologues, psychomotricien, professionnels les accompagnants au quotidien) et valorise la coordination entre ces intervenants pour garantir une cohérence de parcours. En ce sens, E3 se positionne en tant que « *facilitateur de parcours* ». Cette approche collaborative permettrait d'éviter les interventions isolées en santé sexuelle et l'intégrer alors, dans une dynamique globale et partagée. Dans cette perspective, l'institution doit soutenir et s'engager dans la démarche pour être facilitatrice (E3).

Troisièmement, tous utilisent ou souhaitent utiliser des outils d'évaluation centrés sur la personne. L'ESAT de E2 propose un auto-questionnaire aux usagers, incluant la vie intime affective et sexuelle, afin qu'ils puissent eux-mêmes identifier leurs besoins et fixer leurs objectifs. Les résultats servent à adapter les interventions : orientation vers des formations spécifiques, choix des thématiques d'ateliers. En ce sens, E1 recherche un outil d'auto-évaluation spécifique à l'ergothérapie, lui permettant de balayer le champ de la sexualité. E3 insiste sur l'importance de réévaluer régulièrement les actions menées afin d'ajuster l'accompagnement et de favoriser l'émergence de la demande. Tous partagent ainsi une volonté de promouvoir l'autodétermination des personnes accompagnées.

D'autre part, E3 pointe l'importance d'un questionnement éthique comme ressource pour faire évoluer les pratiques en santé sexuelle. Ce questionnement éthique amène les professionnels à réfléchir de façon critique sur leurs propres représentations vis-à-vis de la vie affective et sexuelle des personnes accompagnées. Déconstruire ces représentations permet de limiter les biais de la part du professionnel dans la compréhension de la situation et d'ajuster l'accompagnement. Par ailleurs, E3 souligne également l'importance de questionner et déconstruire les représentations des personnes accompagnées elle-même. E3 a été sensibilisé à ce questionnement éthique sur le thème de la vie intime, affective et sexuelle pendant sa formation initiale, et révèle que les IFE en Belgique, familiarise davantage leurs étudiants à ces questionnements, ce qui a pour conséquence une plus grande avancée du pays sur la thématique.

De plus, les trois professionnels soulignent l'intérêt que l'ergothérapeute soit perçu comme un spécialiste de l'occupation, avec lequel le quotidien peut être abordé afin d'être identifié comme « *une personne ressource quant à la question de l'accès à une vie affective et sexuelle* » par les usagers (E3). Favoriser la relation de confiance, être vigilant quant à sa posture professionnelle (transversale et non hiérarchique) hiérarchique sont également pointés comme des leviers à l'intervention sur la thématique.

Enfin, E2 et E3 cite une dernière ressource celle de l'environnement social et les opportunités d'occupation les favorisant. Ainsi, E2 et E3 dépassent le cadre de l'ESAT, du foyer et de « *leur cercle habituel social* » pour accompagner et / ou les mettre en relation les travailleurs avec des activités et acteurs présents sur le territoire tels que

des associations, incluant le Groupe d'Entraide Mutuel (GEM) pour favoriser les opportunités occupationnelles et de rencontres ; Dans cette perspective de mettre en relation, E2 valorise les interventions en groupe.

3.3.4 Connaissance et pertinence perçue du Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle

Deux ergothérapeutes sur trois, ont connaissance du MCPO. En effet, E1 a connaissance de « *l'ancien modèle* » (le MCRO ou MCREO), tandis que E2 et E3 ont suivi le webinaire le présentant théoriquement. E2 a un souvenir partiel du schéma : elle se rappelle de la centralité de la participation. E3 expose son avis critique du modèle, qui laisse supposer une plus grande appropriation. Selon lui, les sciences de l'occupation tendent vers un consensus et une « *convergence des modèles* », en soulignant notamment celle du MOH et du MCPO qui ont « *énormément de similitudes* ». Selon E3, l'important est la capacité du modèle à permettre une exploration complète de la situation de la personne : la personne, ses occupations et son engagement dans celles-ci, son environnement, et l'influence de sa performance ou sa participation. Cependant, certains éléments telle que la performance de la personne, n'est pas exploré par le MCPO.

Bien que certains aient connaissance du modèle tous ont été favorable à une (re) présentation du modèle. Ils ont été alors questionnés quant à leur perception du modèle et leur projection dans son utilisation au regard de la thématique.

Dans un second temps, les trois professionnels interrogés perçoivent le MCPO comme pertinent à intensité différente au regard de la thématique de la santé sexuelle.

E2 exprime une forte adhésion au modèle : « *ce modèle effectivement me parle entièrement* », soulignant la résonnance du MCPO avec sa pratique. Elle le considère pertinent en santé sexuelle. Bien qu'elle déclare initialement ne pas fonder sa pratique sur un modèle, elle nuance ses propos en reconnaissant que le modèle peut « *apporter un regard nouveau avant même d'expérimenter* », montrant une évolution réflexive au fil de l'entretien. D'ailleurs, E2 l'associe à sa pratique puisqu'il met « *des mots scientifiques, [sur ce qu'elle] fait plus ou moins déjà* ». Ainsi, elle sous-entend qu'un modèle apporte une légitimité professionnelle.

A l'inverse, E1 et E3 adoptent une position plus modérée quant à la pertinence du MCPO et ne formulent aucun lien explicite avec la santé sexuelle. E1 met en avant l'adaptabilité du modèle aux contextes et relations. E2 partage ce point de vue, soulignant que le modèle permettrait de prendre en compte « *tout ce qui va graviter autour de la personne dans sa prise en charge globale* », que ce soit en ESAT ou ailleurs. Bien qu'E3 ne cite par le MCPO lorsqu'il décrit ce qu'il attend d'un modèle, il insiste sur l'importance d'une approche holistique, « *[prenant] en compte le contexte, dont l'environnement social, physique, familial, systémique* ». Cette vision est partagée par E2, et tout deux estiment que cette approche globale ne se limite pas à la pratique de l'ergothérapeute, et que celle-ci selon E3, est aujourd'hui attendue pour toute profession de soin.

Par ailleurs, E1 et E3 valorisent davantage le MOH qu'ils jugent plus riche en outils concrets que le MCPO. Néanmoins, ils envisagent une compatibilité et une transférabilité de certains outils du MOH vers le cadre du MCPO. E2 évoque elle aussi, l'importance des outils dans le choix et l'usage d'un modèle.

Enfin, en confrontant les modèles, E3 insiste sur la priorité donnée à l'interaction des différentes composantes dans l'analyse occupationnelle, indépendamment de leur ordre. L'objectif demeure la réalisation de l'occupation. Il rejoint ainsi E2 sur l'importance de l'auto-détermination de la personne, en valorisant « ses souhaits » (E3) ou « ce qu'elle va dire et établir comme difficultés » (E2).

3.4 Discussion

La discussion a pour objectif de mobiliser un regard critique vis à vis des résultats de recherche empiriques et théoriques, en vue de valider ou invalider l'hypothèse, et de répondre à la question de recherche. Les biais et limites de l'étude seront identifiés. Les perspectives de la recherche et les projections professionnelles ouvriront ce travail de recherche afin de l'inscrire dans une réflexion plus large autour de la pratique en ergothérapie.

3.4.1 Confrontation des résultats au regard du cadre conceptuel

Tout d'abord, la santé sexuelle a été définie par les ergothérapeutes. Le champ de la santé sexuelle recouvre plusieurs dimensions de la sexualité. Pour rappel, la santé sexuelle est « *un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la*

sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. » et *« s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence »* (Sante.gouv.fr, 2016). Toutefois, les résultats démontrent que les différentes dimensions de la santé sexuelle sont partiellement identifiées par les professionnels. Ainsi, deux d'entre eux ont abordés les dimensions du bien-être, du libre choix et de l'accès, de la sécurité. L'absence de maladie étant la seule dimension identifiée par E1.

Deuxièmement, les ergothérapeutes interrogés reconnaissent être légitimes d'aborder dans leur pratique la vie affective et sexuelle d'une personne de par les occupations qui la compose, mais se considèrent insuffisamment compétents. Ces résultats corrélerent avec le cadre conceptuel (Young, 2019). Cependant, les résultats rendent compte d'autres freins perçus par les ergothérapeutes : le manquant de temps et la priorité données aux activités de production. Cette tension entre le cadre de travail et *« le besoin d'affectivité des personnes »* correspondent également à la littérature (Garo et al., 2012). Ainsi, le cadre de pratique et le sentiment de compétence influencent l'engagement de l'ergothérapeute dans un accompagnement sur la thématique.

Toutefois, les résultats révèlent également que deux des ergothérapeutes questionnent leur posture professionnelle (représentations, perception de l'ergothérapeute comme supérieur hiérarchique par les travailleurs) en étant conscient des limites qu'elle peut introduire dans l'accompagnement. S'interroger ainsi, reprend l'un des principes du Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle, selon lequel, en étudiant le niveau micro de l'occupation, l'ergothérapeute s'inclue comme élément d'influence.

Par ailleurs, le concept de justice occupationnelle est interrogé au regard des résultats. Les professionnels reconnaissent de façon explicite ou implicite les droits sexuels des personnes. Cependant, leur exercice peut être plus difficile. En ce sens les professionnels ont identifié différents facteurs externes ne favorisant pas la santé sexuelle des usagers : un phénomène d'entre-soi, ou d'isolement de certains usagers ne favorisant pas les opportunités de rencontre, un accompagnement variable des institutions sur la thématique, un entourage familial parfois porté à la surprotection.

Ces données sont similaires à la littérature (INSERM, 2016b ; Krisnagiri, 2016). Bien que ce repérage des éléments d'influence se corrèlent avec l'un des principes du MCPO, celui-ci ne semble pas être inclus systématiquement dans leur démarche. Selon la littérature, un ergothérapeute abordant la justice occupationnelle dans sa pratique doit faire une analyse de l'environnement physique et social pour permettre des changements (Wilcock et Townsend, 2004). Aussi, seuls des éléments d'influences à l'échelle micro et méso sont relevés, lorsque le MCPO et une intervention en faveur d'une justice occupationnelle incluent l'échelle macro.

D'autre part, les résultats démontrent que les ergothérapeutes privilégient la collaboration sur la thématique. Il s'agit d'une collaboration pluriprofessionnelle au sein de l'établissement, et / ou du groupe d'établissement, et plus largement, avec des partenaires et acteurs du territoire. Ainsi, un des ergothérapeutes se qualifie de « *facilitateur de parcours* » afin d'éviter les interventions isolées et d'intégrer une dynamique globale.

Toutefois, plusieurs interventions en santé sexuelle sont identifiées à différentes échelles : l'information (contraception, IST, consentement), l'entraînement aux habiletés en collectif, les sorties et la mise en relations avec des acteurs du territoire (formations, associations). Ces deux dernières ayant pour principal objectif la participation occupationnelle, c'est-à-dire : la possibilité d'avoir accès, initier et maintenir des occupations significatives (Restall et Egan, 2022). Par ailleurs, l'auto-détermination des usagers est recherchée par les professionnels mais est soutenue à intensité variable par l'environnement puisque l'auto-détermination est liée au « *respect de ses droits, à son inclusion sociale, et la qualité de ses relations interpersonnelles, [...]* ». Les interventions collectives sont privilégiées par deux des ergothérapeutes, tandis que le troisième se sent moins à l'aise avec ce format. Ces interventions, ainsi que l'orientation des usagers vers associations, telles que les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) visent à favoriser les relations sociales, l'apprentissage entre pairs et leur inclusion.

Enfin, les ergothérapeutes recourent aux modèles du MOH (Modèle de l'Occupation Humaine), l'OTIPM (Modèle de Processus d'Intervention en ergothérapie) ainsi que le MCRO. Néanmoins, leurs utilisations au regard de la thématique n'est pas explicite. Partiellement connu, le MCPO n'est pas mobilisé par les ergothérapeutes. Le MOH est privilégié pour la richesse et la praticité de ses outils.

Aussi, il peut être supposé que le MOH est privilégié car plus connu et donc mieux maîtrisé. Tous, soulignent l'importance des outils dans le choix et l'utilisation d'un modèle, ce qui constitue une limite pour le MCPO dont les outils ne sont pas identifiés. Toutefois, la transférabilité de certains outils du MOH est envisagée par deux des ergothérapeutes. Ainsi, un modèle n'est pas seulement envisagé pour sa capacité à guider le raisonnement mais également par sa capacité à procurer des outils pour être mobilisé dans la pratique. Ces résultats se corréleront avec les propos de Marie-Chantal Morel-Bracq, qui dit qu'un modèle conceptuel donne aux ergothérapeutes à la fois « *un cadre d'intervention structuré et argumenté* » mais également « *des outils d'évaluation cohérents et pour la plupart des résultats de recherches solides garantissant une démarche qualité* » (Morel-Bracq, 2017). Néanmoins, certains principes du MCPO résonnent dans la pratique d'une des ergothérapeutes : le modèle mettrait « *des mots scientifiques, [sur ce qu'elle] fait plus ou moins déjà* » et le considère pertinent en santé sexuelle.

3.4.2 Retour sur l'hypothèse de recherche

Pour rappel, la question de recherche posée est la suivante : *En quoi le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO) permettrait à l'ergothérapeute de s'engager dans une justice occupationnelle en faveur de la santé sexuelle des personnes avec un Trouble du Développement Intellectuel (TDI) en Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) ?* L'hypothèse avancée est que le MCPO apporterait un cadre d'intervention efficient à l'ergothérapeute pour s'engager dans une justice occupationnelle en faveur d'une santé sexuelle des travailleurs avec TDI.

Cependant, cette hypothèse ne peut être validée, car aucun des ergothérapeutes interrogés n'utilise le MCPO dans sa pratique. Les modèles du MOH (Modèle de l'Occupation Humaine), l'OTIPM (Modèle de Processus d'Intervention en ergothérapie) ainsi que le MCRO sont cités et mobilisés par les ergothérapeutes. Le MOH est notamment privilégié pour la richesse et la praticité de ses outils. Tous, soulignent l'importance des outils dans le choix et l'utilisation d'un modèle, ce qui constitue une limite pour le MCPO dont les outils ne sont pas identifiés. Toutefois, la transférabilité de certains outils du MOH est envisagée.

Néanmoins, certains principes du MCPO résonnent dans les pratiques des ergothérapeutes. Ainsi, pour E2, le modèle met « *des mots scientifiques, [sur ce*

qu'elle] fait plus ou moins déjà » et le considère pertinent en santé sexuelle. Les principes de reconnaissance des droits sexuels, l'auto-détermination des usagers et le questionnement de la posture professionnelle comme facteur d'influence sont mobilisés par les ergothérapeutes. Si les professionnels interrogés identifient différents facteurs d'influence à différentes échelles lors de l'entretien, cette démarche n'est pas encore systématiquement intégrée à leur pratique. En revanche, tous mobilisent ou souhaitent mobiliser différents acteurs et actions à échelle micro et méso, dans une approche systémique plus assumée par E2, E3. Toutefois, le MCPO et la justice occupationnelle incluent l'échelle macro.

3.4.3 Biais et limites de la recherche

Il peut être constaté plusieurs biais et limites au sein de ce mémoire d'initiation à la recherche, ils seront cités ci-dessous.

Dans un premier temps, plusieurs biais notamment méthodologiques ont pu être observés. Le premier biais méthodologique est celui de la formulation et succession des questions dans le questionnaire de recrutement qui ont ainsi pu altérer la compréhension et par conséquent, certaines des réponses. Aussi, ce biais de formulation peut être observé dans le guide d'entretien en ajoutant à la santé sexuelle, la santé affective. Toutefois, ce concept n'existe pas. Après réflexion, le terme a inconsciemment été ajouté pour suggérer les différentes dimensions de la santé sexuelle, pouvant alors orienter les réponses.

Un second biais méthodologique est celui de la sélection. C'est-à-dire que les personnes sondées ne sont pas représentatives des caractéristiques de la population qu'on est sensée étudier. En effet, le premier critère d'inclusion est que l'ergothérapeute travaille / ou a travaillé en ESAT. Cependant, E3 effectuait un stage en co-tutorat pendant sa formation en ergothérapie lorsqu'il est intervenu en ESAT. Il a été inclus en raison de l'expérience en autonomie du co-tutorat sur le terrain, l'expérience de la personne sur la thématique pendant le stage et le nombre limité de participants à l'étude. Les limites seront abordées ci-après.

Dans un second temps, plusieurs limites sont identifiées au cours de cette initiation à la démarche de recherche. La première étant apparue lors de l'échantillonnage. Par retour de mail, de nombreuses structures m'ont signifiées l'absence d'ergothérapeute au sein de des ESAT. Bien que plusieurs canaux de

diffusions aient été sollicités, le nombre de réponse au questionnaire de recrutement à l'étude des ergothérapeutes s'est limité à 7 et parmi les 7, seuls 3 répondaient aux critères et ont accepté de participer, dont 1 présentant finalement un biais. Le nombre d'ergothérapeutes présents dans les ESAT se trouve donc être une limite à l'étude. Limite accentuée par les deux autres critères d'inclusion qui sont la présence de travailleurs avec TDI et d'être / ou avoir été confronté à la thématique de la vie sexuelle et affective au sein de l'ESAT. Avoir ainsi réalisé 2 entretiens, dont avec un biais de sélection n'est donc pas représentatif de la population française des ergothérapeutes exerçant ou ayant exercé en ESAT, et ayant abordé la vie sexuelle et affective des travailleurs.

Par ailleurs, la connaissance nulle ou partielle, et l'absence d'utilisation du MCPO par les professionnels constituerait une seconde limite à cette étude. Bien que le modèle ait été présenté ou rappelé aux professionnels, la durée de l'entretien peut impacter la compréhension et le traitement du modèle par le professionnel. D'autant plus, que le modèle MCPO comme beaucoup d'autres, s'appuie sur des schémas le synthétisant. Il aurait été pertinent de recueillir les témoignages de professionnels intégrant ce modèle de pratique afin d'enrichir l'analyse par des exemples concrets de son utilisation en situation professionnelle.

3.4.4 Perspectives de la recherche

Ce travail de recherche initie une première réflexion sur l'utilisation du Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO) dans le cadre d'une justice occupationnelle en faveur de la santé sexuelle des personnes avec un Trouble du Développement Intellectuel (TDI) en Etablissement et Service d'Aide par le travail (ESAT). Ainsi, de nouvelles perspectives de recherches se dégagent.

Tout d'abord, il semblerait pertinent de dépasser certaines limites méthodologiques identifiées, notamment en élargissant l'échantillon. Il pourrait être intéressant d'interroger d'autres ergothérapeutes intervenant auprès de personnes avec TDI dans d'autres structures que les ESAT seuls. Pour aller plus loin encore, une recherche ciblée auprès d'ergothérapeutes mobilisant concrètement le MCPO en santé sexuelle apporterait des résultats plus significatifs. Pour cela, une exploration à l'international, et en particulier au Canada, pays d'origine du modèle, dans lequel il est probablement plus connu et utilisé, serait pertinent. Par un nombre plus conséquent de résultats, ces

recherches permettraient d'étayer les interventions des ergothérapeutes dans le cadre d'une justice occupationnelle en santé sexuelle, et à documenter, à travers des exemples concrets d'application du MCPO, sa pertinence ou non.

Par ailleurs, le MCPO est suggéré en tant que cadre d'intervention efficient, c'est-à-dire qui produit un effet réel. Pourtant, d'après les données recueillies dans la recherche, les ergothérapeutes interrogés sur le terrain, expriment l'importance des outils d'évaluation associés au modèle pour le mobiliser dans la pratique. Les ergothérapeutes de terrain, auraient donc besoin d'outil pour agir, *produire un effet*. Pourtant, le modèle est souvent imagé comme étant « *un instrument pour regarder : [...] mettre en évidence en évidence certains aspects plutôt que d'autres* ». La définition d'un modèle conceptuel et ce qu'il implique est justement le sujet d'une discussion dans la littérature de Marie-Chantal Morel-Bracq de par sa complexité et le non consensus des ergothérapeutes autour de sa définition (Morel-Bracq, 2017). Toutefois, cette dernière définirait un modèle comme « *une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, [...] et la pratique* » permettant « *un cadre d'intervention structuré et argumenté* ». L'auteure ajoute que « *l'intégration d'un modèle dans la pratique peut se faire à différents niveaux : dans la réflexion et le raisonnement clinique, avec l'utilisation explicite d'outils d'évaluation élaborés à l'intérieur de ces modèles, dans la rédaction des objectifs d'intervention* » (Morel-Bracq, 2017). Ainsi, un modèle conceptuel de pratique en ergothérapie ne serait pas seulement « un instrument pour regarder » tel qu'il est parfois imagé. Deux perspectives à la recherche se présentent alors : celle interrogeant l'utilisation des modèles par les ergothérapeutes (comment, pourquoi), et / ou celle s'attachant à identifier un outil d'évaluation, mobilisable par l'ergothérapeute dans le cadre d'une injustice occupationnelle en santé sexuelle.

Enfin, bien que les ergothérapeutes se disent légitimes d'aborder la santé sexuelle les résultats rendent compte que les professionnels ont partiellement connaissance de ces différentes dimensions. Il peut également persister des représentations ainsi qu'un sentiment d'incompétence des ergothérapeutes à aborder la thématique ce qui peut avoir des répercussions sur leur offre de soin. Par conséquent, le recueil de ces données interroge sur la place accordée à la santé sexuelle dans la formation initiale des ergothérapeutes. Au cours des entretiens, seul un ergothérapeute a mentionné avoir été sensibilisé à la sexualité dans le cadre d'une unité optionnelle dans son Institut de Formation en Ergothérapie. Ainsi, il pourrait être envisagée une étude

comparative entre des ergothérapeutes ayant eu une sensibilisation et / ou information durant leurs formation initiale et ceux n'en ayant pas eu afin d'évaluer l'impact sur leur pratique et ainsi, la pertinence de cet enseignement.

3.4.5 Projections professionnelles

La sexualité, souvent perçue comme un « *sujet sensible* » et influencée par des représentations individuelles et sociales, peut impacter les pratiques professionnelles. Ainsi, un travail de sensibilisation et de réflexion éthique, dans les milieux professionnels, permettrait d'interroger les postures et freins professionnels (ou institutionnel par exemple) sur la thématique, en faveur des droits des personnes et des interventions adaptées à leurs besoins. Pour rappel, en utilisant le MCPO, l'ergothérapeute s'inclut comme élément d'influence dans le contexte relationnel de la thérapie. Ainsi, il considère l'influence de ses valeurs, croyances, préjugés dans la prise en soin de la personne.

Pour finir cette discussion, j'aborderais les apports de cette recherche pour ma future pratique professionnelle. Ainsi, le pronom « je » sera employé.

Ce travail m'a permis de prendre conscience de plusieurs éléments essentiels dans l'accompagnement des usagers : veiller au respect de leurs droits, être vigilante quant à mes propres représentations, et à l'importance d'un questionnement éthique pour assurer une posture et une pratique professionnelle adaptées. Ainsi, les avoir à l'esprit, éviterait de renforcer, même involontairement, des situations d'injustice occupationnelles. En ce sens, j'ai choisi d'intégrer une unité d'enseignement optionnelle sur la thématique de la sexualité à l'Institut de Formation en Ergothérapie afin d'approfondir ma réflexion et mon sens critique.

Enfin, la phase exploratoire de ce travail de recherche, m'a permis de rencontrer divers acteurs engagés autour de la thématique et de me rendre compte d'une dynamique à l'échelle du territoire. Ainsi, j'ai pu prendre conscience de freins et leviers à différentes échelles (micro, méso, macro) mais également de la ressource que représente ce réseau. En avoir conscience, me permettra dans ma future pratique, de les mobiliser si nécessaire en faveur d'une approche holistique.

Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche part du constat que les personnes avec une déficience intellectuelle ont un risque quatre fois plus important d'être victime de violence sexuelle (Gouvernement du Québec, s.d.). Seulement, pour rappel, « *la situation de déficience intellectuelle ne dépend pas seulement de la déficience intellectuelle, mais également de facteurs environnementaux ne favorisant pas la pleine participation de la personne à la communauté et son insertion sociale dans la société* » (INSERM, 2016a). Ces constats questionnent les concepts de justice occupationnelle et de santé sexuelle. Ainsi, l'objectif premier de l'étude est d'interroger l'intervention de l'ergothérapeute dans une justice occupationnelle en faveur d'une santé sexuelle des personnes avec un Trouble du Développement Intellectuel, dans le contexte d'un Etablissement et Service d'Aide par le Travail. La recherche se spécifie en interrogeant dans quelles mesures le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle serait pertinent dans ces situations.

Toutefois, la connaissance partielle du modèle et sa non utilisation par les ergothérapeutes interrogés sur le terrain constitue une limite importante pour répondre à la problématique. Cependant, les résultats apportent quelques réponses. Ainsi, il est mis en évidence que les professionnels se sentent légitimes d'aborder la santé sexuelle dans leur pratique, mais il est identifié une connaissance partielle de ses différentes dimensions. Leur engagement sur la thématique est modéré par le cadre de pratique, le sentiment de compétence de l'ergothérapeute et la posture professionnelle. Repérer et questionner ces facteurs inhérents à l'ergothérapeute, par l'ergothérapeute lui-même correspond à l'un des principes du MCPO. Aussi, l'exercice des droits sexuels des personnes restent difficile. Pour cela, les professionnels identifient pour l'entretien plusieurs facteurs externes ne favorisant pas la santé sexuelle des travailleurs. Cet exercice de repérage est l'un des principes du MCPO et d'une démarche en faveur d'une justice occupationnelle. La collaboration avec des acteurs à différentes échelles est privilégiée pour aborder la thématique. Ainsi, le MCPO inciterait potentiellement l'ergothérapeute à être vigilant quant aux facteurs d'influences d'une situation d'injustice occupationnelle. Toutefois, la principale limite exprimée par les ergothérapeutes pour mobiliser le MCPO sur le terrain serait le manque d'outils d'évaluation identifiés.

Il serait intéressant de poursuivre ce travail en évaluant la pertinence d'une unité d'enseignement dans la formation initiale des futurs ergothérapeutes. Aussi, une réflexion éthique sur la thématique dans les milieux professionnels permettrait d'interroger les postures et cadres professionnels.

Enfin, bien que le nombre d'interrogés ne soit pas exhaustif des professionnels de terrains, les professionnels expriment le besoin d'outils pour agir. Ainsi, rechercher un outil dans le cadre d'une injustice occupationnelle en santé sexuelle serait une autre perspective de recherche.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

- ❖ Bourdillon, F., Brücker, G., et Tabuteau, D. (2016). 1. Définitions de la santé publique. Dans *Traité de santé publique* (p. 3-6). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.bourd.2016.01.0028>
- ❖ Garo, M., Pieuchot, C., & Pressard, F. (2012). Les manifestations de la sexualité dans les établissements spécialisés. Troisième partie : Et dans les établissements ? *VST - Vie sociale et traitements*, 116(4), 120-124. <https://doi.org/10.3917/vst.116.0120>
- ❖ Giraudier, A., Poulain H. (2024). Prise en compte des niveaux macro, méso, micro-systémiques en ergothérapie avec une approches par les capacités. Dans *Transformations Sociales et environnementales : Re-penser les occupations* (p. 371-379). ANFE.
- ❖ Kohn, L., et 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*, Tome III (4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- ❖ Krisnagiri, S. (2016). Chapitre 4. Un programme de recherche sur l'occupation de sélection d'un partenaire. Dans *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (p. 57-68). De Boeck Supérieur. <https://www-cairn-sciences-info.ezproxy.normandie-univ.fr/la-science-de-l-occupation-pour-l-ergotherapie-9782353273515-page-57.htm>
- ❖ Morel-Bracq, M.-C., Margot-Cattin, P., Margot-Cattin, I., Mignet, G., Doussin-Antzer, A., Sorita, É., Caire, J.-M., Rouault, L., et Rousseau, J. (2017). Chapitre 2. Modèles généraux en ergothérapie. Dans *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (p. 51-130). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.morel.2017.01.0051>
- ❖ Seppala, H. (1997). 2. Se sentir vulnérable-comment faire face à la menace d'abus sexuel ou autre violence ? In *Sexualité, vie affective et déficience mentale* (p. 158-164). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.merci.1997.01.0158>
- ❖ Vaginay, D. (2018). 5. Le déficient intellectuel, caractéristiques psychiques et comportementales. Dans *Découvrir les déficiences intellectuelles* (p. 157-196).

Érès. <https://www.cairn.info/decouvrir-les-deficiences-intellectuelles--9782749261461-p-157.htm>

ARTICLES :

- ❖ Diotte, M. (2018). Handicap cognitif et agression sexuelle : (Re)penser la capacité à consentir. *Genre, sexualité & société*, 19, Article 19. <https://doi.org/10.4000/gss.4296>
- ❖ Healy, E., McGuire, B. E., Evans, D. S., et Carley, S. N. (2009). Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part I: Service-user perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 53(11), 905-912. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2009.01203.x>
- ❖ Kerbage, H., & Richa, S. (2011). Abord de la vie affective et sexuelle des déficients intellectuels. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59(8), 478-483. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2011.07.004>
- ❖ Malfitano, A. P. S., De Souza, R. G. D. M., Townsend, E. A., et Lopes, R. E. (2019). Do occupational justice concepts inform occupational therapists' practice? A scoping review. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue canadienne d'ergothérapie*, 86(4), 299-312. <https://doi.org/10.1177/0008417419833409>
- ❖ Servais, L. (2006). Sexual health care in persons with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12(1), 48-56. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20093>
- ❖ Whiteford, G., (2000). Occupational Deprivation: Global Challenge in the New Millennium. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 200-204. <https://doi.org/10.1177/030802260006300503>
- ❖ Wilcock, A., Townsed, E., (2004). Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue canadienne d'ergothérapie*, 71(2), 75-87
- ❖ Young, K., Dodington, A., Smith, C., & Heck, C. S. (2020a). Addressing clients' sexual health in occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 87(1), 52-62. <https://doi.org/10.1177/0008417419855237>

AUTRES REFERENCES :

- ❖ ANESM. (2012) *Rapport d'activité*. <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/164000547.pdf>
- ❖ ANFE. (s.d.a). *Contribution des ergothérapeutes dans la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022. Note de synthèse*. <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/Contribution-des-ergotherapeutes-dans-la-mise-en-oeuvre-de-la-SNS-2018-2022.pdf>
- ❖ ANFE. (s.d.b). *Qu'est-ce que l'ergothérapie*. Consulté 7 septembre 2024, à l'adresse https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
- ❖ AP-HM. (s.d.). *Santé / Prévention—Définition du concept de « Prévention en Santé Publique »*. Hôpitaux Universitaires de Marseille. Consulté 7 septembre 2024, à l'adresse <http://fr.ap-hm.fr/sante-prevention/definition-concept>
- ❖ *Arrêtons les violences*. (s.d.). *Violences sexuelles*. Consulté 4 janvier 2025, à l'adresse <https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide/violences-sexuelles>
- ❖ Bourgneuf, C. (2021) ; Muriel Salmona, *Oubli ni pardon*. Libération. Consulté le 4 janvier 2025, à l'adresse https://www.liberation.fr/societe/familles/muriel-salmona-oubli-ni-pardon-20210301_QUDT4YFLFZEWXOWJBW5SWSHD6U/
- ❖ CESE. (2024). *Eduquer à la vie affective relationnelle et sexuelle : passer de l'obligation à l'application !* Consulté le 20 novembre 2024, à l'adresse <https://www.lecese.fr/actualites/eduquer-la-vie-affective-relationnelle-et-sexuelle-passer-obligation-application>
- ❖ Collectif « Handicap – Vie Affective, Intime et Sexuelle 27 ». (2022). *Actes de Conférence - Débat public*
- ❖ EFS. (s. d.). *La promotion de la santé*. Environnements favorables à la santé. Consulté 25 février 2025, à l'adresse <https://www.environnements-sante.ch/approfondir/la-promotion-de-la-sante/>
- ❖ Gouvernement du Canada. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé*. Agence de la santé publique du Canada. Consulté le 25 novembre 2024, à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/charte-ottawa-promotion-sante-conference-internationale-promotion-sante.html>
- ❖ Gouvernement du Québec. (s.d.). *Les agressions sexuelles contre les personnes handicapées existent et marquent profondément. Soyons vigilants*.

<https://cdncontenu.quebec.ca/cdncontenu/adm/org/SCF/publications/documentation/brochures/AS-prs-handicapeesVF.pdf>

- ❖ Gouvernement du Québec. (2012). *La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir.* <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
- ❖ *handicap.gouv.fr*. (2017). *La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, 20 ans après. Consulté le 11 mars 2025, à l'adresse* <https://handicap.gouv.fr/la-loi-du-11-fevrier-2005-pour-egalite-des-droits-et-des-chances>
- ❖ HAS. (2022a). *Trouble du développement intellectuel : Un accompagnement personnalisé vers l'autodétermination.* (s. d.). Haute Autorité de Santé. Consulté 23 mars 2024, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/p_3374652/fr/trouble-du-developpement-intellectuel-un-accompagnement-personnalise-vers-l-autodetermination
- ❖ HAS. (2022b). *Vie affective et sexuelle dans le cadre de l'accompagnement en ESSMS. Note de cadrage.* Haute Autorité de Santé. 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
- ❖ HAS. (2025). *Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS. Recommandations des bonnes pratiques.* Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-02/accompagner_la_vie_intime_affective_et_sexuelle_des_personnes_en_essms_volet_1_socle_transversal_rbpp.pdf
- ❖ INSERM. (2016a). Avant-propos. Dans *Déficiences intellectuelles*. Collection Expertise collective. EDP Sciences. https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/media/entity_documents/inserm-ec-2016-deficiencesintellectuelles-synthese.pdf
- ❖ INSERM. (2016b). Information de presse. *Déficiences Intellectuelles*. Expertise collective. https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2016/03/2016_03_01_DP_deficiences_intellect.pdf
- ❖ INSPQ. (s.d.). *Déterminants de la santé.* Institut national de santé publique du Québec. Consulté 16 mai 2025, à l'adresse <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante>

- ❖ Sciences.
https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6816/Chapitre_6.html
- ❖ Légifrance. (2010). *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'Ergothérapeute*.
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000022447668>
- ❖ 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 23 mars 2024, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45220>
- ❖ Mon Parcours Handicap. (2023a). *Vie intime, affective et sexuelle des personnes en situation de handicap : De quoi parle-t-on ? Mon Parcours Handicap*. Consulté 23 mars 2024, à l'adresse <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/vie-intime-et-parentalite/vie-intime-affective-et-sexuelle-de-quoi-parle-t>
- ❖ Mon Parcours Handicap. (2023b). *Vie intime, affective et sexuelle : Droits des personnes handicapées et obligations des institutions*. Consulté 17 mars 2024, à l'adresse <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/vie-intime-et-parentalite/vie-intime-affective-et-sexuelle-quels-sont-vos-droits>
- ❖ Morel, J. (2007). *L'approche communautaire de la santé : Une des stratégies d'intervention sur les déterminants socio-économiques*. Fédération des maisons médicales. Consulté le 20 novembre 2024, à l'adresse <https://www.maisonmedicale.org/l-approche-communautaire-de-la/>
- ❖ Planète Publique, (2011). Fiche 5 : La santé communautaire. *Rapport d'étude. Pour un débat citoyen sur la santé publique*.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_Planete_publique_05_Sante_communautaire.pdf
- ❖ Restall, G. et Egan, M. (2023). *L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle*. Webinaire CAOT. (s. d.). Consulté 25 février 2025, à l'adresse https://caot.ca/site/prac-res/pr/freewebinars/pop?language=fr_FR&client_id=caot&nav=sidebar&banner=4
- ❖ Sante.gouv.fr. (2017). *Stratégie nationale de santé 2018-2022*.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf

- ❖ Sante.gouv.fr. (2016). Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
- ❖ Service-Public.fr. (2024). *Handicap : Travail en établissement et service d'aide par le travail (Ésat)*. (s. d.). Consulté 23 mars 2024, à l'adresse <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1654>
- ❖ Seuret, F. (2024). *Reportage Norm'handi tour du 3 au 7 juin 2024*. IntimAgir-Normandie. Consulté le 10 février 2025, à l'adresse <https://intimagir-normandie.fr/reportage-norm-handi-tour-du-3-au-7-juin-2024/>

ANNEXES

ANNEXE I	1
ANNEXE II	4
ANNEXE III	7
ANNEXE IV	9
ANNEXE V	22

ANNEXE I – QUESTIONNAIRE DE RECRUTEMENT

L'ergothérapeute et la Promotion de la santé sexuelle en ESAT (et autres Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESMS) en relation avec un ESAT)

Bonjour,

Je suis Charlotte, étudiante en 3^e année en Ergothérapie à l'Institut de Formation La Musse (27). Dans le cadre de mon mémoire, je réalise une enquête de terrain sur **l'inscription de l'ergothérapeute en Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) dans la promotion de la santé sexuelle des personnes avec un Trouble du Développement Intellectuel (TDI)** (= handicap mental = déficience intellectuelle).

Ce **questionnaire de recrutement** s'adresse à tous les ergothérapeutes en ESAT intervenant auprès de ce public. **Par une approche systémique, ce questionnaire s'adresse également aux ergothérapeutes intervenants dans d'autres Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESMS) en relation avec un ESAT.**

2 minutes seront nécessaires pour compléter ce questionnaire, vous pouvez l'interrompre à tout moment.

Si vous avez des questions, vous pouvez me contacter par mail : charlottexdurand@gmail.com

En vous remerciant par avance, de l'attention que vous porterez à ma requête,

Charlotte DURAND

1. Etes-vous ergothérapeute ?

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

2. Intervenez vous auprès des personnes présentant un TDI ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

3. Intervenez vous / ou êtes vous intervenus en tant qu'ergothérapeute en ESAT ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, actuellement
☐ Oui, par le passé
☐ Non, jamais

4. Intervenez vous en tant qu'ergothérapeute dans un Etablissement et Service Médico-social en relation avec un ESAT ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

5. Si oui, lequel ? (IME, ..)

6. Etes-vous confrontés à la thématique de la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESAT ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

7. Pour les professionnels intervenant dans les autres ESMS, êtes-vous confrontés à la thématique de la vie intime, affective et sexuelle des personnes ?

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

8. Un accompagnement est-il mis en place sur cette thématique ?

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

9. En tant qu'ergothérapeute, intervenez vous sur cette thématique ?

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

10. Si oui, comment ?

11. Si non, pourquoi ?

12. Quels autres acteurs interviennent sur la thématique ?

13. Si votre profil correspond à ma recherche, et que vous acceptez d'être recontacté ultérieurement afin de participer à un entretien, indiquez vos coordonnées (adresse mail, numéro de téléphone).

A l'attention de tous : je vous remercie pour votre temps, et vous souhaite une excellente journée.

ANNEXE II – GUIDE D'ENTRETIEN

Questions introductives

- Acceptez-vous que notre entretien soit enregistré et que les données soient exploitées de façon anonyme ?

Vérifier si le participant répond aux critères d'inclusion :

- Intervenez-vous en ESAT ?
- Intervenez-vous auprès de personnes avec TDI en ESAT ?
- Etes-vous confronté à la thématique de la VIAS ?

Corps de l'entretien

Thèmes	Indicateurs	Objectifs à atteindre	Questions
Santé sexuelle	Polysémie du mot.	Caractériser la définition subjective du professionnel. Mesurer le niveau de satisfaction des usagers vis à vis de leur santé sexuelle.	Comment définissez-vous la santé sexuelle et affective ? Pensez-vous que les travailleurs avec un Trouble du Développement Intellectuel en ESAT ont une santé sexuelle et affective satisfaisante ? Coter sur une échelle de 0 à 10 : 0 = pas du tout

			satisfaisante, 10 très satisfaisante.
Justice occupationnelle	Droits occupationnels. Les déterminants en fonction des échelles micro- méso-macro.	Caractériser les opportunités occupationnelles des travailleurs. Caractériser les facilitateurs et obstacles rencontrés par les travailleurs.	Selon vous, quels en serait les facilitateurs ou obstacles ? Sur une échelle de 0 à 10 : sachant que 0 = facilitateur, 10 = obstacle, comment caractérisez- vous l'influence de l'environnement (physique, social) ? Quelles problématiques sur la Vie Affective et Sexuelle des travailleurs avec un Trouble du développement Intellectuel sont exprimées au sein de la structure ?
Pratique de l'ergothérapeute - MCPO	Collaboration. Pluriprofessionnalité. Développer le pouvoir d'agir des usagers.	Caractériser le niveau d'inclusion de la thématique de la vie affective et sexuelle dans la pratique de l'ergothérapeute. Caractériser le niveau d'inclusion des usagers dans l'intervention. Caractériser les difficultés et ressources des professionnels médico-sociaux.	En tant qu'ergothérapeute, comment intervenez-vous sur la thématique auprès des travailleurs ? (Repérage des besoins, élaboration des objectifs) En quoi, est-il privilégié une intervention individuelle ou collective ? Quels acteurs interviennent sur la thématique et comment collaborez-vous ? (usagers, interprofessionnels, entourage et proches, interinstitutionnels, acteurs du territoire) Relance si aucune intervention n'est proposée : Pourquoi ?

		Identifier l'intervention de l'ergothérapeute dans les systèmes micro-méso-macro.	Selon vous, que serait-il intéressant de développer ? Quelle est selon vous la plus-value de l'ergothérapeute sur la thématique ? Quels sont les freins et ressources à vos accompagnements ? Quel modèle utilisez-vous et pourquoi ? Connaissez-vous le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO) ? (expliquer succinctement) L'utiliseriez-vous dans votre pratique pour accompagner l'utilisateur dans sa vie affective et sexuelle ?
--	--	--	---

ANNEXE III – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Madame, Monsieur,

Je suis DURAND Charlotte, étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'Institut de Formation en Ergothérapie La Musse à Saint-Sébastien-de-Morsent (27180).

En lisant et signant ce formulaire, vous acceptez de participer à un projet d'initiation à la recherche, supervisé par Madame CHANET-PAYSSAN Catherine, ergothérapeute diplômée d'Etat.

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

Titre : L'intervention de l'ergothérapeute en faveur d'une Justice occupationnelle en santé sexuelle des personnes avec un Trouble du développement Intellectuel en Etablissement et Service d'Aide par le Travail.

Déroulement de l'entretien : L'entretien prendra la forme d'une discussion semi-directive d'une durée estimée à environ 45 minutes. Il pourra se dérouler en présentiel ou à distance (via téléphone ou visioconférence) selon votre préférence. Si vous en ressentez le besoin, vous pouvez interrompre l'entretien à tout moment.

Participation volontaire : La participation à cet entretien est entièrement volontaire. Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions ou retirer votre consentement à tout moment, sans avoir à vous justifier et sans aucune conséquence. Avec votre accord, cet entretien sera enregistré et les données recueillies seront uniquement utilisées dans le cadre de ce travail de recherche. Aucun jugement ne sera fait. Une fois l'étude terminée, les observations et l'enregistrement seront détruits.

Confidentialité : Les informations recueillies seront traitées de manière confidentielle et votre anonymat sera garanti à l'issu de cet entretien et de cette étude. Tout élément permettant de vous identifier sera retiré.

Je soussigné, DURAND Charlotte, étudiante initiée à la recherche, avoir expliqué au participant le formulaire. Je m'engage à avoir décrit que le participant peut stopper sa participation à l'étude et à l'entretien et que les informations collectées sont confidentielles.

Fait à Conches en Ouche, le 08/04/2025.

Signature



Obtention du consentement :

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

Je déclare :

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

Fait à, le.....

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

ANNEXE IV – RETRANSCRIPTION TYPE D'ENTRETIEN

Moi : Bonjour, êtes-vous prête ?

E2 : Oui

Moi : Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien. Acceptez-vous que cet entretien soit enregistré ?

E2 : Oui

Moi : Vous travaillez en ESAT ?

E2 : Oui

Moi : Est-ce que vous intervenez auprès de personnes avec un Trouble du Développement intellectuel, ou du moins associé ?

E2 : Oui, c'est ça, associé, oui.

Moi : Et, êtes-vous confronté avec ces personnes à la thématique de la vie intime, affective et sexuelle en ESAT ?

E2 : Alors nous, donc comme j'avais mis dans le mail, c'est des problématiques qui peuvent apparaître, mais que du coup on ne traite quasiment pas en ergothérapie, qui sont traités avec la conseillère en économie sociale et familiale, puisqu'elle gère potentiellement des ateliers sur ce thème-là, et on a un partenariat avec le planning familial.

Moi : D'accord. Avant de vous poser des questions sur le pourquoi du comment vous intervenez ou pas sur la thématique, est-ce que je peux vous demander de me donner une définition de ce que c'est pour vous la santé sexuelle et affective, s'il vous plaît ?

E2 : La santé sexuelle et affective, je dirais pour moi **c'est la possibilité pour la personne de pouvoir avoir accès à ces activités-là, ces occupations-là, comme elle le souhaite et comme elle l'entend**. Voilà, pour moi c'est ça en fait.

Moi : D'accord. Je vais compléter. La santé sexuelle d'après l'OMS : « c'est un état de bien-être physique, mental et social, eu égard de la sexualité, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladies, de dysfonctionnement ou d'infirmité ». Et « la vie affective fait référence aux sentiments, aux émotions et aux relations affectives, à

l'amitié avec toute personne », d'après Mon parcours handicap. Voilà. C'est parce que ce sont des termes que je vais réemployer dans la discussion, donc c'est pour qu'on se comprenne. Et donc pensez-vous que les travailleurs avec un Troupe du Développement Intellectuel en ESAT ont une santé sexuelle et affective satisfaisante ? Et pour cela, pourriez-vous la coter sur une échelle de 0 à 10, sachant que 0 c'est pas du tout satisfaisant, 5 moyennement satisfaisant et 10 complètement satisfaisant ?

E2 : Alors je vais réfléchir par rapport aux gens qu'on accompagne, **10 c'est sûr que non, je dirais que pour la plupart on est entre 0 et 5.**

Moi : **Donc pas du tout satisfaisante voire moyennement satisfaisante ?**

E2 : **Voilà, oui.**

Moi : Ok, est-ce que vous pourriez me dire plus qu'elles seraient les facilitateurs ou obstacles à cet épanouissement ? Sur une échelle de 0 à 10 : sachant que 0 = facilitateur, 0 = sans impact, 10 = obstacle, comment caractérisez-vous l'influence de l'environnement (physique, social) ?

E2 : Des personnes qui vivent seules, moi pour elles, l'environnement du coup n'est pas facilitateur donc là je mettrai plutôt des notes hautes. Par contre, on a des personnes qui vivent en foyer de vie, qui vivent dans des pensions de famille et qui du coup sont beaucoup plus entourés, qui ont un accompagnement un peu plus important et pour moi c'est facilitateur. Donc je dirais que ça dépend voilà entre les deux. Il y a des différences pour les personnes qui ne vivent pas seules ou qui ont un environnement familial propice, qui ont de la famille qui est là, des amis qui sont proches, là je pense que c'est facilitateur et il y en a d'autres pour qui, elles vivent seules qui sont vraiment très isolées et dans ces cas là pour moi l'environnement n'est pas facilitateur et en tout cas je pense aussi que l'environnement de travail peut être aussi facilitateur ou au contraire obstacle. Il y a des environnements de travail dans lesquels les personnes sont très seules où elles vont avoir des tâches où il n'y a pas ou peu d'échange où du coup ça ne facilite pas les liens sociaux et au contraire on a d'autres personnes qui sont dans des équipes qui ont des vies, au niveau du travail qui sont bien plus riches donc là du coup ça va être plus facilitateur. Donc je dirais que je n'arriverais pas me positionner sur une note claire ça ne vous a peut-être pas aidé

mais en tout cas en fonction des cas je pense qu'effectivement ça peut être 10 ou au contraire ça peut être 2.

Moi : Je trouve votre réponse au contraire très riche en fait donc je vous remercie. Donc là vous axe vachement sur l'environnement social et le fait que la personne soit ou non entourée et ça c'est important et par exemple pour une personne justement qui n'est pas entourée, qu'est ce qui serait intéressant pour cette personne-là ?

E2 : Alors je pense que pour cette personne l'objectif c'est d'arriver à se réhabituer au lien social, alors nous par exemple je donnais l'exemple de l'ESAT pour les personnes qu'on a qui sont plutôt isolées, on a un système d'activité qu'on propose tous les mois ce qu'on appelle une carte postale de l'ESAT. C'est-à-dire que tous les mois, on vient proposer des activités qu'on dit médico-sociales pour proposer aux personnes qui ne sont pas en mission ou aux personnes qui sont plutôt isolées et tout ça, de participer à ces activités. Donc ces activités, c'est des sorties culturelles, c'est des ateliers qu'on anime nous sur certaines thématiques. En gros, les thématiques changent tous les mois. Mais en tout cas, on touche à la culture, on touche au quotidien, on touche des fois des trucs qui sont en lien avec le travail, par exemple sur les habiletés sociales, sur la gestion de la fatigue, etc. Donc moi, je trouve que, en tout cas, du point de vue de l'ESAT, la première chose qu'on peut faire pour ces personnes-là, c'est leur permettre de participer à des activités, être confrontés à d'autres personnes, pour pouvoir échanger des points de vue, retrouver des liens sociaux. Pour certains, déjà ça, c'est compliqué.

Moi : Et du coup, vous privilégiez là une intervention plus collective qu'individuelle ?

E2 : En tout cas, dans le fonctionnement des ESAT Hors les Murs, on va plutôt privilégier du collectif à l'individuel. C'est vrai que, en tout cas, par rapport à ça, moi je n'ai pas été confronté, je ne suis jamais intervenue sur ce plan-là, en tout cas en individuel. Après, en individuel, si, ça me fait penser à des choses, on peut par exemple proposer, parce que là, on a les activités de l'ESAT, mais on peut leur proposer aussi, de les accompagner vers des activités extérieures. Donc finalement, de base, c'est un suivi individuel, mais on les emmène vers du collectif, vers, par exemple, une activité sportive qui leur plaît, vers les Groupes d'Entraide Mutuelle : les GEM, vers des choses comme ça.

Moi : Avant de vous poser une autre question, quelle expression a leur vie intime, affective et sexuelle au sein du travail ? parce que vous, comme c'est Hors les murs, c'est un peu... Mais **qu'est-ce qui est exprimé sur ce plan-là**, lorsqu'ils sont à l'ESAT ?

E2 : Alors, **souvent très peu de choses**. En fait déjà, je trouve que le fait qu'on soit en ESAT Hors les murs par rapport à un ESAT classique, notre population très souvent est là pour **objectif de venir ici pour travailler en milieu ordinaire donc de peu parler du handicap on a vraiment un public qui vient là pour s'insérer** dans le quotidien enfin dans la vie **dans le milieu ordinaire et qui du coup préfère cacher entre guillemets le handicap et ses difficultés**. Et du coup **on parle prioritairement du travail, ce qu'il y a dans le quotidien, ce n'est pas forcément quelque chose qui est beaucoup discuté**, ceux qui en parlent c'est ceux pour qui c'est vraiment problématique ou ceux pour qui on sent qu'il y aurait besoin d'une aide ou d'un accompagnement. Mais en tout cas, ce n'est pas quelque chose qui est dit prioritairement, c'est même souvent peu dit et on s'en est rendu compte d'ailleurs quand on a eu fait le **partenariat avec le planning familial** que du coup c'est très **difficile pour certains d'arriver à parler de leur situation personnelle parce que finalement les collègues à l'ESAT, c'est des collègues de travail et du coup parler de ça à des collègues de travail c'est compliqué du fait qu'il soit Hors les murs dans une entreprise ordinaire**.

Moi : C'est assez à quel moment que vous vous intervenez auprès d'eux ? Est-ce que c'est sur le site ou y a d'autres temps ?

E2 : Alors ben du coup en gros moi en tant qu'ergo, j'interviens à plusieurs niveaux en fait, les personnes quand elles rentrent à l'ESAT, elles sont en période d'essai pendant six mois. Pendant cette période-là moi je suis là pour évaluer leur capacité globale dans le travail et puis on aborde aussi tout ce qui est quotidien ; à partir de ça moi je vois déjà s'il y a des petites choses à travailler et ensuite j'interviens s'ils intègrent l'ESAT, on va faire en sorte que l'intégration se passe le mieux possible, on va sensibiliser l'entreprise à la situation de handicap, on va mettre en place des moyens de compensation si besoin. **Je peux être amenée à les revoir en individuel s'ils ont des problématiques particulières en lien avec le quotidien**. Donc, en gros, moi je les vois en entreprise pour tout ce qui est adaptation du poste et en gros sécuriser le poste et je les vois aussi en individuel aux besoins s'ils ont des besoins ergo.

Moi : Ok et pourquoi n'intervenez-vous pas sur la thématique de la vie intime, affective et sexuelle finalement ?

E2 : Alors parce qu'au niveau de l'ESAT, en gros en tout cas mon rôle à moi, enfin mon poste est vraiment beaucoup axé sur le travail et du coup c'est mon rôle principal ici et surtout en fait on a une file active de... 70 personnes environ qui sont à l'ESAT et en fait moi je suis censée suivre de loin les 70 personnes, plus je suis référente de 4 personnes sur les 70. Du coup j'ai un rôle de coordinatrice de parcours aussi pour 4 personnes. Bien sûr, si après il y a des choses à travailler par rapport au quotidien, je les travaille. Mais du coup, on a tellement de travail que du coup, je n'ai pas forcément le temps ou les casquettes pour arriver à faire des suivis corrects en individuel et sur ces problématiques-là. Donc c'est pour cette raison-là que je n'interviens pas dessus, et que du coup, on fait appel à des gens de l'extérieur ou à des prestataires externes ou d'autres... Alors je dis prestataire, mais voilà, il y a le planning familial, il y a le conseiller en économie sociale et familiale. Voilà, on fait appel à d'autres personnes pour arriver à gérer sur ces choses-là, parce qu'on sait qu'on n'aura pas le temps de faire un suivi correct au niveau des missions de l'ESAT.

Moi : D'accord. Je ne vous ai pas demandé votre temps de poste au niveau de l'ESAT, par exemple, est-ce que vous y intervenez une fois par semaine ?

E2 : Alors moi, j'y suis tous les jours en gros, nous on a nos bureaux qui sont dans l'association où je suis. Et après, par contre, en entreprise, on y va, dès qu'il y a des besoins en gros, nous, dans l'ESAT, il n'y a pas d'ateliers, du coup, les gens sont au travail, ou ils viennent faire des petits ateliers que nous on anime, mais du coup, je suis tout le temps sur place au bureau, et par contre, je me déplace quasi systématiquement. Je suis toutes les semaines sur l'entreprise en fonction des besoins, parce qu'il y a des besoins de visite très régulière, il y a des démarrages de missions, il y a des suivis à effectuer, il y a des visites de routine à effectuer aussi, donc je suis tout le temps en extérieur en fait, je suis dans les entreprises.

Moi : Cela a l'air d'être un peu la course.

E2 : Voilà, c'est bien chargé en fonction des périodes, effectivement, et voilà, on est bien sollicité, effectivement, l'objectif prioritaire, on va dire, c'est que les personnes puissent être au travail et qu'on puisse sécuriser les postes.

Moi : D'accord. Donc, est-ce que quand ils ont des problématiques sur la thématique, ils peuvent vous en parler et vous réorienter ?

E2 : C'est ça ! Je peux proposer, du coup, de suivre la chose, si je sens que je n'ai pas non plus en dehors du temps, il y a aussi le fait que je n'ai pas forcément les connaissances ou les outils pour accompagner correctement sur ces questions-là et que je préfère que les gens soient accompagnés correctement parce que pour moi c'est des questions qui sont assez sensibles, qui sont assez importantes, qui sont très intimes et du coup je préfère aussi être accompagné de personnes qui puissent avoir plus de billes, avoir la pédagogie pour ça aussi, avoir les bons conseils orientés vers les bonnes choses. Il y a aussi ça qui fait qu'on ne s'en occupe pas prioritairement ici.

Moi : Et au niveau des questions, quels sont les besoins finalement sur la thématique ?

E2 : Alors on va dire par rapport aux usagers que j'ai eu connu ... alors, déjà, je n'ai jamais eu de questions sur l'aspect sexuel, depuis les trois ans que je suis là. Je n'ai jamais eu de besoins ou en tout cas de problématiques qui m'ont été transmises sur ce point-là. Les autres problématiques par contre qui m'ont été transmises, c'était tout ce qui était sentiment de solitude. Voilà, la perte de liens sociaux, les difficultés pour aborder des personnes. C'est vraiment cette problématique de solitude globale dans le quotidien qui pèse pour certaines personnes. Et encore, je vous dis, j'en ai eu peu. Finalement, j'arrive à aborder le sujet. On s'en rend compte au fur et à mesure des suivis, mais de prime abord, c'est des choses que les gens abordent très peu.

Moi : Et donc, au niveau des intervenants, vous m'avez... enfin, des acteurs qui agissent la thématique, vous m'avez parlé du planning familial et la conseillère en économie familiale...

E2 : Ouai, en économie sociale et familiale.

Moi : Il y a d'autres intervenants à ce niveau-là ?

E2 : Alors, nous, après, je réfléchis au sein de la structure, parce qu'en fait, l'association, elle a plein de services différents. Et du coup, des fois, ça peut nous arriver, par exemple, de solliciter la psychologue de la structure. Alors, elle n'est pas censée prendre des gens de l'ESAT, mais en tout cas, on lui en envoie. Donc, on a la psychologue, on a la psychomotricienne aussi, pareil, qui est en plateforme, qui n'est

pas pour l'ESAT. Et je réfléchis à d'autres partenaires qu'on avait eus avant... non je crois que c'est tout, c'est pas mal je crois que c'est tout. Voilà. Oui, on essaye de se débrouiller un peu avec les ressources qu'on a sur place.

Moi : Donc dans les acteurs principaux, il y a la conseillère en économie sociale et familiale et le planning familial, pourquoi l'un ou l'autre selon les thématiques ?

E2 : Alors souvent c'est les deux ensembles en fait, en gros là on sait que ce sont des choses dont les gens parlent peu donc du coup souvent on organise. On fait tous les ans, ce qu'on appelle un questionnaire des besoins ou en gros l'objectif c'est que les gens puissent cocher les choses sur lesquelles ils veulent travailler sur l'année. Dans ce questionnaire, on parle justement de la vie intime, de la vie affective, etc.

Moi : Donc là vous êtes sur une auto-détermination des besoins finalement ?

E2 : Tout à fait. Voilà. On sait que ce sont des choses qui sont peu dites à l'oral, c'est des choses qu'on ne va pas facilement chercher sur les premiers entretiens qu'on a. Du coup le questionnaire qu'ils ont, ça leur permet de répondre de manière individuelle sans que ce soit transmis à l'équipe, sans que les autres collègues soient au courant. Et du coup voilà on leur dit, cocher des choses que vous aimeriez travailler sur l'année, comme ça on fait partie de votre projet. En fonction, on récupère ensuite, nous on centralise toutes les demandes des 70 personnes et après en fonction de ça, on va proposer des ateliers qui vont correspondre aux besoins qui ont été établis. Du coup c'est l'assistant de la CESF (conseillère en économie sociale et familiale) qui s'occupe de cette partie-là, donc qui va centraliser les demandes, qui va regarder et en fonction c'est elle qui va solliciter le planning familial. En général, elle est avec le planning familial parce qu'en fait elle est le lien avec les travailleurs de l'ESAT, on ne balance pas le planning familial tout seul ; elle vient en général avec parce qu'elle gère cette partie-là.

Moi : Au niveau du planning familial, leurs missions sont tournées vers tout ce qui est préventif. Au vu des problématiques que vous m'avez énoncées, qui pourrait faire cette accompagnement-là plus social que préventif, est-ce le planning familial aussi ?

E2 : Il propose des ateliers où il n'y a pas forcément du préventif, mais en tout cas l'atelier qu'ils avaient proposé, quand on avait fait l'année dernière, on avait fait un partenariat avec eux, ils s'étaient adaptés aux thématiques qui avaient été abordées

par les gens, parce qu'en fait quand les gens cochent leur volonté de travailler sur l'affectif et sexuel, on demande de décrire la demande et du coup ils spécifient qu'elles sont leurs besoins. Du coup, en fait, le planning familial fait des ateliers où ils s'adaptent un petit peu à ça. Alors, le groupe qu'ils avait eu, c'était pas mal de questions par rapport au consentement, voilà il y avait beaucoup cette question-là, le consentement, la sécurité etc. D'ailleurs, ça me fait penser, du coup, quand ils remplissent le questionnaire des besoins, pareil en fonction des demandes qui sont proposées, on peut leur proposer aussi des formations. On est en lien avec d'autres organismes de formation et du coup si on voit qu'il y a des besoins, qu'il y a des formations qui peuvent coller, on peut leur proposer ces formations-là, donc du coup il y a quand même aussi des formations qui sont proposées sur certains thèmes aux travailleurs.

Moi : Donc il y a ces projets-là qui sont mis, enfin ces acteurs-là qui sont mobilisés, est-ce qu'il y aurait d'autres choses selon vous qui serait intéressant de développer à ce niveau-là, sur la thématique ?

E2 : Oui je pense que oui. Alors après si on avait le temps, c'est des choses qu'on pourrait travailler, par exemple moi je pourrais faire des choses avec l'assistant social, ça pourrait être intéressant. Ça ne peut pas rentrer malheureusement dans les timings qu'on a, mais effectivement ça pourrait être des choses que je fais moi-même avec l'assistant social, on fonction des besoins.

Moi : Ce serait quoi par exemple avec l'assistant social ? Vous avez des exemples ?

E2 : Bah je ne sais pas, on pourrait proposer des ateliers parce que nous on fonctionne beaucoup en atelier à l'E.S.A.T. L'objectif étant de faire partager le maximum de choses aux usagers ensemble pour éviter de faire de l'individuel parce que l'individuel du coup on a peu de temps pour le faire, les gens sont au travail, donc ils n'ont aussi pas forcément le temps de venir dans les locaux de la structure. Donc effectivement moi je pense à des ateliers, après les thématiques, je ne sais pas, je pense qu'il faudrait voir en fonction des besoins des usagers mais je pense que ça reste quand même un sujet très tabou parce qu'on a la position d'employeur et du coup, je pense que c'est ça qui fait qu'aussi on a peu de demandes et peu d'accompagnement là-dessus parce que les gens n'en parlent pas ou très peu. Ils préfèrent un tiers externe. Je pense par exemple à des S.A.V.S qui vont les suivre, les S.A.V.S, les auxiliaires de vie, c'est les

choses qui vont plus partager avec les gens qui sont proches de leur quotidien. En tant qu'ergo, moi j'ai travaillé en rééducation avant de venir ici et j'ai vraiment vu une différence entre être rééducateur ou du coup on est dans le quotidien de la personne et être à l'E.S.A.T. Du coup, on a cette posture d'employeur.

Moi : D'accord. Bien, donc ça ce serait peut-être un des freins au niveau de l'accompagnement sur la thématique. Quel serait la plus-value de l'ergothérapeute ? Vous n'avez pas forcément le temps de vous y atteler, mais si vous aviez le temps.

E2 : En tant qu'ergothérapeute ? La plus-value, c'est que nous, on est les professionnels de l'occupation. Donc c'est dans notre champ de compétence. C'est le quotidien, c'est tout le champ occupationnel et ça en fait partie. Donc pour ça, je pense qu'on aurait un regard, en tout cas, une casquette différente que quelqu'un qui n'a pas la casquette ergothérapeute.

Moi : Et du coup, au niveau des freins, vous avez parlé du temps, vous avez parlé du fait que vous êtes interne à la structure et donc pas forcément les personnes vers lesquelles ils vont se tourner pour parler de ces choses-là. Quels seraient les autres freins ou les ressources, finalement, à vos accompagnements ? Les ressources, on pourrait y mettre peut-être les acteurs qui gravitent un peu autour de vous. Est-ce que vous voyez d'autres choses ? D'autres freins ou ressources ? Un peu de positif (rire).

E2 : (rire) Alors d'autres freins comme ça, je dirais non. Pour moi, le principal frein, c'est sûr que c'est la posture d'employeur.

Moi : Ah, et vous avez dit la solitude aussi ?

E2 : Oui, tout à fait. Oui, ça, c'est pour les freins, pour les personnes elles-mêmes. Oui. Mais effectivement, je dirais que c'est la posture d'employeur vis-à-vis de ces personnes-là et de la thématique, ils ne veulent pas forcément parler.

Moi : Qu'est-ce qu'il pourrait y avoir comme autre ressource ?

E2 : Les ressources, je pense que ce serait le lien justement, en gros, la coordination des accompagnements avec, par exemple, si les personnes sont accompagnées par des S.A.V.S, par des rééducateurs, par des toutes autres personnes qui sont autour d'eux en charge du quotidien, ce serait du coup de cette coordination avec ces acteurs-là, justement pour proposer des choses qui soient cohérentes, pour renforcer

l'accompagnement. Et après, en autre ressource... Je ne sais pas, peut-être des liens avec des associations qui soient aussi spécialisées là-dedans, si ça existe.

Moi : Après, au niveau du renforcement des liens, vous avez parlé du G.E.M.

E2 : Oui.

Moi : Donc vous dites, on est un peu des professionnels de l'occupation, donc forcément, ce serait peut-être quelque chose que j'aborderais dans mon travail. Quel modèle ou outil vous pourriez utiliser si vous faisiez un accompagnement auprès d'une (des) personne(s) ?

E2 : Les modèles, vous voulez dire théoriques ?

Moi : Oui. Est-ce que vous en utilisez déjà au quotidien ?

E2 : Alors, moi je suis un peu de la vieille école, donc...

Moi : Vous êtes diplômée depuis quand ?

E2 : Depuis 2012.

Moi : D'accord, très bien.

E2 : Voilà, du coup, c'est vrai que les modèles, on ne les utilisait pas beaucoup, ou très peu, enfin en tout cas on y a été formés bien entendu, mais en gros on a, enfin j'ai fait mes stages et j'ai évolué dans le monde du travail sur le modèle biomédical. Enfin, en gros, on parlait, d'une déficience, enfin incapacité. Du coup, c'était très linéaire, voilà, donc j'ai appris comme ça. J'ai fonctionné comme ça beaucoup en rééducation. Aujourd'hui, j'essaie de modifier un petit peu tout ça, donc voilà j'ai fait une formation sur la M.C.R.O, donc du coup j'essaie de me baser un petit peu sur ce modèle-là. Avec la formation de la M.C.R.O, on m'avait appris le modèle qui était en lien avec, je m'en rappelle même plus le nom que ça a.

Moi : L'O.T.P.M ?

E2 : Non ce n'est pas ça, alors du coup ça avait changé parce qu'il avait évolué, je ne l'ai plus en tête. Donc j'essaie du coup de changer ma pratique. Même si pour moi en fait, le fonctionnement du modèle est induit, il est évident, c'est-à-dire que je n'ai pas besoin de me dire que je me sers de tel modèle pour ma façon de pratiquer.

Effectivement, elle est déjà comme ça, je n'arrive pas à le dire autrement, mais voilà, je n'ai pas appris un modèle et basé ma pratique dessus, ça s'est fait plutôt dans l'autre sens. Du coup si ça devait être un modèle je dirais que c'est celui de la M.C.R.O. Aujourd'hui, j'essaie de le pratiquer et de changer du modèle biomédical que j'avais au départ.

Moi : Parce qu'au niveau de la M.C.R.O, qu'est-ce qui vous intéresse ? Qu'est ce qui pourrait être intéressant pour la thématique ?

E2 : Ce qui pourrait être intéressant c'est le fait que la personne puisse être plus actrice de son soin, c'est à dire que c'est elle qui va fixer ses objectifs, dire ce dont elle a besoin et essayer de révéler ses propres problématiques et réfléchir sur ses propres besoins plutôt que ce que moi j'aurais évalué comme étant un besoin.

Moi : D'accord.

E2 : C'est à dire que plutôt de fonctionner en se disant la personne a telle difficulté, avec tel impact dans le quotidien et il faut travailler là-dessus, et plutôt se baser sur qu'est-ce qui pose problème dans le quotidien aujourd'hui. Et arriver à baser mes objectifs, enfin en tout cas mes indications de soins, sur les besoins réels de la personne. Pour moi, elle a la différence.

Moi : Est ce que vous connaissez le modèle canadien de la participation occupationnelle ?

E2 : C'est une grande évolution du M.C.R.O

Moi : Alors oui, ...

E2 : Je l'avais abordé alors après je me rappelle un petit peu du schéma où il y a l'environnement, il y a la personne enfin je ne sais plus je crois qu'il y a une espèce de schéma. Donc oui je me souviens, je le revois. En fait c'est par rapport au M.C.R.O, ils ont mélangé enfin ils ont construit le schéma autrement. Ils ont mis la participation au centre finalement du modèle parce qu'il a évolué. J'avais fait un webinaire où du coup ils avaient montré justement la dernière évolution qui avait eu sur le modèle.

Moi : On a regardé le même. Donc est ce que je peux vous faire un rappel de ce modèle-là et vous me direz ce que vous en pensez et comment vous vous positionnerez vis-à-vis de ce qui pourrait être intéressant ou non ?

E2 : Oui, allez-y.

Moi : Donc le M.C.P.O, le modèle canadien de la participation occupationnelle, a été créé en 2022 donc c'est chouette quand même que vous l'avez en tête parce qu'il est assez récent. Là, les personnes qu'on a entendues durant la vision, ce sont le Docteur Marie EGAN et Gail RESTAL. Il promeut la participation occupationnelle. La participation occupationnelle est définie comme la possibilité d'avoir accès initier et maintenir des occupations significatives inscrite dans des contextes et relations. En mettant la participation au centre du modèle, l'ergothérapeute peut intervenir auprès des individus, mais également auprès des collectivités. Il ne se réfère pas à une liste exhaustive d'occupation ; par exemple, la M.C.R.O a les soins personnels, loisirs, et productifs, avec une liste d'occupation pour chacun ; afin de n'omettre aucune occupation importante pour la personne ou la collectivité et de n'imposer aucune subjectivité. Il s'appuie sur la théorie de l'autodétermination, donc le besoin d'autonomie, de compétences et de relations. La participation occupationnelle étant au centre du modèle, l'ergothérapeute se prémunit des critères d'aptitude ou de performance en privilégiant la recherche de moyens et les changements contextuels par l'analyse de différents systèmes : Micro, Méso, Macro. Est-ce que ça vous parle ?

E2 : Oui, je m'en rappelle, tout à fait.

Moi : Alors les micros, c'est les influences personnelles et l'environnement immédiat. Le méso, c'est les structures et l'organisation des services, donc ça peut être les aides, ça peut être au niveau du domicile, au niveau des acteurs qui sont autour de la personne, il s'inscrit dans les orientations générales données au niveau macro. Donc le niveau macro, c'est le contexte politique et socio-économique et à la recherche de solutions pratiques au niveau micro. Dans un premier temps, l'ergothérapeute approfondira collaborativement l'histoire et les relations des individus, un peu comme les entretiens qu'on fait, ou les collectivités, afin de comprendre leurs influences sur la signification et les buts d'occupation. Et dans un second temps, il s'attachera à étudier leur environnement afin d'appréhender leur possibilité et son adéquation. Qu'en pensez-vous ? Ça fait beaucoup d'informations, mais est-ce qu'il y a des choses où vous vous dites que c'est intéressant ou qui vous parlent moins ? Et, est-ce que finalement c'est quelque chose dont vous pourrez vous saisir ?

E2 : Oui, bien sûr, dans la façon de procéder. Après, pour moi, le M.C.P.O, en tout cas dans le processus, pour moi c'est en fait, c'est de dire avec des mots scientifiques, ce qu'on fait plus ou moins déjà. Pas du tout que je rabaisse les modèles, bien au contraire, je trouve que ça donne un côté scientifique à ce qu'on fait, mais en fait, dans ce que vous avez décrit, tout me parle. C'est à dire qu'effectivement dans l'idéal, oui, on va chercher avec la personne à déterminer quelles sont les problématiques, chercher d'où viennent les problématiques et essayer de voir de quel niveau les problématiques viennent, comment nous on peut intervenir. Donc moi, ce modèle effectivement me parle entièrement dans la pratique que ce soit à l'E.S.A.T ou que ce soit ailleurs. Donc après, par rapport à la problématique de la santé affective et sexuelle, je pense que c'est un modèle qui est hyper intéressant parce que l'objectif c'est de partir de ce que la personne elle va nous dire, ce qu'elle va établir comme étant une difficulté. Et nous, en tout cas en tant que professionnel de l'occupation, le but étant de voir comment on peut analyser les difficultés et comment on peut intervenir au niveau de ces difficultés. Et du coup, pour moi, ça prend en tout cas ce modèle-là, effectivement, il ne prend pas en compte que le niveau de l'ESAT, il prend en compte bien d'autres choses. C'est-à-dire que dedans, il y a le travail, dedans, il y a le contexte familial, dedans, il y a les loisirs. Donc, en fait, ce n'est pas juste, comment dire, pour moi, cet M.C.P.O, il n'est même pas qu'au niveau de l'ergothérapie. Pour moi, c'est tout ce qui va graviter autour de la personne dans sa prise en charge globale au niveau des professionnels de l'ESAT.

Moi : D'accord. C'est intéressant ce que vous disiez sur le fait... Finalement, un modèle, ça met juste des mots sur ce qu'on fait déjà. La nouvelle génération, on est sensibilisé plus à ça, mais la plupart, vous avez les actions qui sont expliquées finalement dans un modèle. Sans parler de modèle jusqu'à maintenant, il y a beaucoup de choses que je mettais dans ma tête où je me disais ça sans le savoir elle le fait et ça correspond à ça ...

E2 : Oui, en fait, ces histoires de modèles, en fait je trouve que c'est hyper intéressant que vous, nouvelle génération d'ergo, vous puissiez être plus sensibilisés. Je pense qu'on nous en a parlé pas assez, ou les formations d'ergo étaient complètement différentes de la vôtre et du coup on a appris un peu sur le terrain et en fait finalement, on nous a appris à pratiquer en pensant à ces modèles-là. Le chemin s'est fait inversement. D'abord nous avons expérimenté et ensuite, après ça marche de pair, mais c'est vrai que des fois il peut apporter finalement un regard nouveau avant même

d'expérimenter sur le terrain en se disant je vais peut-être essayer de voir avec les outils de ce modèle qu'est-ce que dans la philosophie ça me parle sur la situation qui est là quoi.

Moi : Oui, tout à fait. Est-ce que vous souhaitez ajouter d'autres choses ?

E2 : Je pense que c'est bon.

Moi : Oui, on a bien balayé et je vous remercie énormément pour votre participation. Pour la qualité de ce qu'on s'est dit, de vos réponses et de tout ce cheminement que vous avez, c'est très intéressant. J'aurais aimé plus discuter avec vous, mais on a nos occupations qui nous rappellent.

E2 : Oui, je vous remercie, passez une excellente journée.

ANNEXE V – Grille d'analyse

Thème principal	Sous-thème
Santé sexuelle et TDI en ESAT	Dimensions perçues de la santé sexuelle par le professionnel
	Expression de la vie sexuelle et affective
	Niveau de satisfaction des usagers perçu par les professionnels
Justice occupationnelle pour santé sexuelle	Reconnaissance des droits sexuels
	Freins perçus à la santé sexuelle des travailleurs
	Leviers perçus à la santé sexuelle des travailleurs
Intervention de l'ergothérapeute en santé sexuelle	Utilisation d'un modèle conceptuel
	Auto-détermination des usagers
	Freins aux interventions en santé sexuelle en ergothérapie
	Ressources aux interventions en santé sexuelle en ergothérapie
Le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle	Connaissance du modèle
	Pertinence perçue du MCPO en santé sexuelle

**Santé sexuelle des personnes avec un Trouble du Développement Intellectuel :
L'engagement de l'ergothérapeute pour une justice occupationnelle**

DURAND Charlotte

Résumé : Les personnes avec un trouble du développement intellectuel (TDI) sont quatre fois plus exposées au risque de violence sexuelle. L'accès restreint de ce public à une sexualité par des facteurs externes majorerait leur vulnérabilité. Ainsi, cette étude interroge l'engagement de l'ergothérapeute dans une justice occupationnelle en faveur d'une santé sexuelle des personnes avec un TDI, dans le contexte des Etablissements et Services d'Aide par le Travail, lieux de rencontres. Pour s'engager dans ces situations complexes, la mobilisation par l'ergothérapeute du Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO) est interrogée. Cette étude utilise une méthode qualitative avec des entretiens semi-directifs, associée à une approche hypothético-déductive. Ainsi, le MCPO pourrait inciter l'ergothérapeute à considérer les facteurs d'injustices occupationnelles ne favorisant pas la santé sexuelle. Toutefois, sa mobilisation sur le terrain est limitée par le manque d'identification d'outils d'évaluation. La sensibilisation en formation initiale est envisagée comme un prérequis à l'engagement des ergothérapeutes sur le terrain.

Mots clés : Santé sexuelle, Justice occupationnelle, Ergothérapeute, Trouble du Développement Intellectuel, Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle

Sexual health of people with Intellectual Development Disorder: The occupational therapist's commitment to occupational justice

Abstract: People with Intellectual Development Disorder (IDD) are four times more likely to be victims of sexual violence. For this people, their restricted access to sexuality due to external factors increases their vulnerability. This study examines the occupational therapist's (OT) commitment to occupational justice in favour of the sexual health of people with IDD, in the context of ESAT (Support and Work Assistance Establishment for disabled workers). In order to engage in these complex situations, the OT's use of the Canadian Model of Occupational Participation (CMOP) is questioned. This study uses qualitative method involving interviews with OT, combined with a hypothetico-deductive approach. In favour of sexual health, the CMOP could encourage OT to consider the factor of occupational injustice. However, its mobilization on the field is limited by a lack of identified assessment tools. Awareness-raising during initial training is seen as a prerequisite for OT's involvement on the field.

Keywords: Sexual health, Occupational justice, Occupational Therapist, Intellectual Development Disorder, Canadian Model of Occupational Participation