



Faculté des sciences médicales et paramédicales

École des sciences de la réadaptation

Formation en Ergothérapie

Mailys CHAMBOUVET

UE 6.5 S6 : Evaluation de la pratique
professionnelle et recherche.

Mémoire d'initiation à la recherche

15/05/2025

**La pratique ergothérapique et l'impact du cadre institutionnel
dans l'accompagnement de la sexualité des résidents de plus de 18
ans vivant en lieux de vie**

Sous la direction de BLANC Catheline et DURY Juliette

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude à Madame Catheline BLANC, ma directrice de mémoire, pour son accompagnement rigoureux, ses conseils avisés et sa disponibilité tout au long de ce travail.

Je souhaite également remercier chaleureusement Madame Juliette DURY pour avoir accepté de m'accompagner dans cette démarche. Son implication, la richesse de ses retours, ainsi que son partage d'expériences ont largement contribué à nourrir cette réflexion.

Ma reconnaissance s'étend à l'équipe pédagogique : Madame GIRAUDIER, Madame DESPRES et Monsieur PAVE pour leur bienveillance, leur enseignement et leur engagement constant à nos côtés. Un merci particulier à Madame TAGUEMOUNT pour sa réactivité et son soutien.

Je remercie également tous les ergothérapeutes ayant participé à ce projet, notamment les professionnels ayant contribué aux deux études menées. Sans leur disponibilité et leurs témoignages, ce mémoire n'aurait pu voir le jour.

Un immense merci à mes amis de la « Dream Team 3 » : Marion, Anne, Lisa, Lise, Antoine et Edmond, pour leur soutien, leur écoute, leur humour et les innombrables séances de révision qui nous ont permis de tenir bon ensemble. Votre présence a été essentielle, tout comme les fous rires partagés qui ont ponctué ces trois années.

À mes amis d'Auvergne et de Marseille, merci du fond du cœur pour votre présence et votre indéfectible soutien tout au long de cette aventure.

Je n'oublie pas l'ensemble de ma promotion, pour l'entraide constante, la bonne humeur et les moments de complicité qui ont rythmé notre formation.

Enfin, une pensée toute particulière pour ma famille, et surtout ma maman, pour ses relectures et son soutien constant. Un merci tout aussi immense à mon compagnon, pour sa patience, ses encouragements et sa présence réconfortante qui m'ont permis de mener ce mémoire à son terme.

Table des matières

1. Introduction	1
1.1 Le contexte	1
1.1.1 Le point de rupture	1
1.1.2 Problématique professionnelle	1
1.1.3 Thème	2
1.2 Etude du contexte	2
1.2.1 Champs disciplinaires	2
1.2.2 Terminologie	3
1.3 Résonance du thème	4
1.3.1 Question Socialement Vive	4
1.3.2 Utilité sociale et professionnelle	4
1.3.3 Enjeux	5
1.4 Enquête exploratoire	6
1.4.1 Objectifs	6
1.4.1.1 Objectifs généraux	6
1.4.1.2 Objectifs spécifiques	6
1.4.2 Population cible	7
1.4.2.1 Critères d'inclusion	7
1.4.2.2 Critères d'exclusion	7
1.4.3 Sites d'exploration	7
1.4.4 Choix méthodique de l'Outil de Recueil de Données	8
1.4.5 Construction de l'Outil de Recueil de Données	8
1.4.6 Modalités de l'enquête exploratoire	8
1.4.7 Dispositions éthique, légale et réglementaire	8
1.4.8 Choix des outils de traitements des données	9

1.4.9	Test de faisabilité et de validité du dispositif d'enquête.....	9
1.4.1	Synthèse des résultats	10
1.4.2	Analyse critique du dispositif d'enquête.....	11
1.4.3	Problématisation pratique	12
1.5	Revue de littérature	13
1.5.1	Choix des bases de données en fonction des champs disciplinaires.....	13
1.5.2	Equation de recherche.....	13
1.5.3	Critères d'inclusion et d'exclusion des sources	14
1.5.4	Présentation de la revue de littérature	15
1.5.5	Analyse critique de la revue de littérature	15
1.5.6	Synthèse de la revue de littérature	20
1.5.7	Problématisation pratique	21
1.6	Question Initiale de Recherche	22
1.7	Cadre théorique	22
1.7.1	Le cadre institutionnel.....	22
1.7.2	La formation.....	24
1.7.3	L'accompagnement à la sexualité.....	26
1.7.4	Mise en tension des concepts.....	28
1.8	Problématisation théorique et recontextualisation	29
1.9	Question de recherche	30
1.10	Objet de recherche.....	30
2.	Matériel et méthode.....	30
2.1	Méthode utilisée	30
2.2	Population et critères d'inclusion et d'exclusion	31
2.3	Sites d'exploration.....	32
2.4	Choix de l'outil théorisé de recueil de données (OTRD).....	32
2.5	Anticipation des biais de recherche.....	33

2.6 Construction de l'outil théorisé	34
2.7 Cadre réglementaire et éthique.....	35
2.8 Choix des outils de traitement et d'analyse des données	35
2.9 Test de faisabilité et de validité du dispositif.....	35
2.10 Déroulement de la recherche.....	36
3. Résultats	36
3.1.1 Les données descriptives.....	36
3.1.2 L'analyse thématique	37
4. Discussion des données.....	41
4.1 Interprétation des résultats	41
4.2 Réponse à la question de recherche.....	43
4.3 Critique du dispositif de recherche.....	44
4.4 Intérêts, limites et apports des résultats pour la pratique professionnelle	45
4.5 Transférabilité dans la pratique ergothérapique	47
4.6 Perspectives de recherche.....	48
Conclusion et ouverture de la recherche.....	50
Bibliographie	52
Annexes.	58

1. Introduction

1.1 Le contexte

1.1.1 Le point de rupture

L'ergothérapie est centrée sur l'autonomie des personnes ainsi que sur les occupations qui sont significatives pour elles. En tant qu'ergothérapeute, nous sommes amenés à accompagner les patients dans toutes leurs activités quotidiennes. Parmi elles, nous pouvons trouver la sexualité. La sexualité est une occupation du quotidien. Cependant, c'est une composante qui semble être très peu évoquée en ergothérapie.

Ainsi, nous pouvons nous questionner sur la prise en soin, l'accompagnement de la sexualité en ergothérapie.

1.1.2 Problématique professionnelle

À partir de ce constat des questions ressortent : À quoi cela pourrait être dû ? Pourquoi la sexualité n'a-t-elle pas été davantage abordée lors de mes stages ? Les ergothérapeutes ressentent-ils une gêne pour en parler ? Ont-ils les outils nécessaires pour en parler ? Se sentent-ils assez informés sur le sujet ? Est-ce que des moyens sont mis en place au sein des structures pour faciliter la communication autour de la sexualité des résidents ? Quels sont les freins à cette communication ? Une relation de confiance, thérapeutique, est-elle nécessaire pour aborder ce sujet ?

Afin de rédiger la problématique professionnelle, nous pouvons nous poser les questions suivantes : Comment évoquer la sexualité des résidents en lieu de vie ? Comment verbaliser des problématiques liées à la sexualité ? Comment est-ce traité ? Pourquoi ce sujet n'est-il pas abordé ? Quels sont les ressources permettant d'aborder la sexualité des résidents ? Quels sont les freins qui l'empêchent ?

Ainsi, quelle est la place de l'ergothérapie dans l'accompagnement de la sexualité des résidents de plus de 18 ans en lieu de vie ?

1.1.3 Thème

La problématique évoquée nous conduit au thème suivant : Ergothérapie et accompagnement de la sexualité des résidents de plus de 18 ans en lieu de vie.

1.2 Etude du contexte

1.2.1 Champs disciplinaires

Cette thématique nous amène à explorer plusieurs champs d'étude, notamment les sciences paramédicales, médicales, humaines et de l'occupation.

Tout d'abord, la présence des termes « lieu de vie » et « ergothérapie » nous incite à prendre en compte les sciences paramédicales. L'ergothérapie est une profession du secteur paramédical ayant pour objectif d'aider une personne à retrouver ou à maintenir son autonomie dans les activités de la vie quotidienne. L'ergothérapie intervient dans divers contextes, les lieux de vie en faisant partie.

Ensuite, nous faisons donc appel aux sciences médicales puisque cette étude fait référence à la santé sexuelle, qui est un aspect fondamental du bien-être global selon l'OMS. De plus, les résidents en lieu de vie peuvent présenter diverses pathologies pouvant influencer leur santé sexuelle, telles que les troubles neurologiques, les maladies dégénératives, ou encore des troubles psychologiques.

L'étude de l'accompagnement de la sexualité s'appuie également sur plusieurs dimensions des sciences humaines :

- Sociale : La sexualité est un sujet souvent tabou, entraînant des stigmates au sein de la société. Cette stigmatisation empêche les usagers d'aborder leurs besoins sexuels, créant des obstacles à leur épanouissement personnel.
- Psychologique : La santé sexuelle est un besoin fondamental qui, lorsqu'il est négligé, peut entraîner des conséquences psychologiques, comme un sentiment d'isolement ou une diminution de l'estime de soi.
- Éthique : L'accompagnement de la sexualité soulève des questions éthiques, notamment en ce qui concerne le respect de l'intimité et plus largement, le respect de l'autonomie des résidents.
- Juridique : Des lois et réglementations encadrent l'accompagnement de la sexualité.

Enfin, ce thème mobilise les sciences de l'occupation puisque l'ergothérapie se concentre sur les activités de la vie quotidienne, y compris les activités liées à la sexualité.

1.2.2 Terminologie

D'après l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes), un **ergothérapeute** est un professionnel de santé qui travaille dans les domaines de la santé, du médico-social et du social. En travaillant en collaboration avec de nombreux acteurs (médecins, auxiliaires médicaux, travailleurs sociaux, acteurs de l'enseignement et de la formation, techniciens de l'habitat...), il joue un rôle essentiel dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des individus. Spécialiste de la relation entre l'activité (ou occupation en relation avec la terminologie internationale qui désigne l'ergothérapie) et la santé, il agit d'une part pour prévenir et modifier les activités néfastes pour la santé, et d'autre part pour garantir l'accès des individus aux occupations qu'ils souhaitent ou doivent faire et rendre possible leur réalisation de manière sécurisée, autonome, indépendante et efficace (1).

En outre, la **sexualité** a été définie par le CNRTL, Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, comme étant un ensemble de tendances et d'activités qui, par le rapprochement des corps, l'union des sexes (généralement accompagnés d'un échange psycho-affectif), cherchent le plaisir physique, l'accomplissement global de la personnalité (2). L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit la santé sexuelle comme étant un état de bien-être physique, émotionnel, mental, associé à la sexualité. C'est donc une vision globale de la sexualité qui s'inscrit dans une perspective positive et ne se restreint pas aux aspects sanitaires. De ce fait, la santé sexuelle englobe les problématiques de respect de soi et de l'autre, de plaisir et/ou de natalité. Elle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que de pouvoir vivre des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans contraintes, ni discrimination et ni violence (3). Enfin, d'après l'AOTA (American Occupational Therapist Association) l'activité sexuelle est considérée comme une activité de la vie quotidienne, et donc faisant partie des besoins vitaux et primaires d'une personne au même titre que le fait de s'alimenter (4).

Par ailleurs, un **lieu de vie** est défini comme un emplacement où se déroulent les activités quotidiennes, par le site de La Langue Française (5). L'action sociale a pu définir un lieu de vie

et d'accueil (L.V.A) comme une structure sociale ou médico-sociale de petite envergure qui offre un accueil et un accompagnement personnalisé en petit effectif, d'enfants, d'adolescents et d'adultes, en situation familiale, sociale ou psychologique problématique (6).

Après avoir clarifié ces notions, il est désormais possible de s'interroger sur la manière dont ces thèmes s'articulent entre eux, ce qui nous permettra, par la suite, de mieux saisir l'intérêt et la portée actuelle de ce sujet.

1.3 Résonance du thème

1.3.1 Question Socialement Vive

Des mesures ont été mises en place pour que les personnes accompagnées se sentent valorisées et soutenues dans tous les aspects de leur vie, y compris leur vie affective et sexuelle.

La CIRCULAIRE N° DGCS/SD3B/2021/147, datée du 5 juillet 2021, souligne le respect de l'intimité ainsi que des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux, en particulier ceux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences (7). Cette circulaire représente un progrès significatif dans la reconnaissance des droits des personnes vulnérables, en affirmant leur droit à une vie intime et sexuelle épanouie.

En outre, dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle, inscrite dans l'agenda 2017-2030, un objectif (n°2) a été défini au sein de l'axe IV. Celui-ci vise spécifiquement à prendre en compte la sexualité des personnes en situation de handicap et des personnes âgées (8).

Cette stratégie témoigne d'un engagement à promouvoir une approche inclusive et respectueuse des besoins de chacun, sans distinction de leur situation.

1.3.2 Utilité sociale et professionnelle

Ce travail d'initiation à la recherche permet une prise en compte du résident dans sa globalité, avec une approche centrée sur la personne, comme il l'est stipulé dans la définition de l'ergothérapie par l'OMS publié sur le site de Légifrance. C'est un principe indispensable de l'ergothérapie (1). D'autre part, il serait utile pour les ergothérapeutes puisque c'est un sujet

peu exploité, méconnu et surtout tabou et stigmatisé. Il permettra aux ergothérapeutes d'approfondir leurs connaissances.

Des études réalisées par K. Young, A. Dolington, C. Smith et C.S. Diabie nommée « Addressing clients' sexual health in occupational therapy practice » (9), montrent que les ergothérapeutes n'abordent pas systématiquement la question de la sexualité. Pourtant, selon l'AOTA, cette occupation est considérée comme une activité de la vie quotidienne, essentielle aux besoins fondamentaux d'une personne, et faisant partie intégrante du champ de l'ergothérapie (4). Un appel à l'action a été lancé par L-P. Auger, J. Masse et J. Higgins, dans le journal britannique d'ergothérapie, afin que les ergothérapeutes abordent la sexualité avec leurs résidents (10). Cette étude sera dans la même dynamique. Ce travail d'initiation à la recherche permettra de prendre en compte le résident dans sa globalité, en adoptant une approche centrée sur la personne, comme il l'est stipulé dans la définition de l'ergothérapie par l'OMS sur le site de Légifrance (1).

De plus, cette étude représente une opportunité pour les ergothérapeutes car elle aborde un sujet encore peu exploré, souvent méconnu, et surtout marqué par des tabous et des stigmates. En approfondissant leurs connaissances sur la sexualité, les ergothérapeutes pourront améliorer la qualité des soins aux personnes qu'ils accompagnent.

Enfin ce travail a une utilité sociale car il aborde un sujet qui demeure encore tabou dans notre société. La réticence à en parler est souvent liée à des divergences de points de vue sociaux (11). Ce travail peut ainsi aider à surmonter ces tabous et cette stigmatisation présente au sein de notre société.

1.3.3 Enjeux

De nombreuses personnes n'osent pas parler de leur handicap et des difficultés qu'elles rencontrent, souvent par crainte du jugement d'autrui. D'autant plus que ce phénomène s'accroît lorsqu'il s'agit d'aborder la sexualité, un domaine déjà sensible. En effet, d'après une enquête du CeRHeS (Centre Ressource Handicaps et Sexualités), des témoignages et des données illustrent comment la société perçoit la sexualité des personnes handicapées, souvent à travers des stéréotypes ou une infantilisation (12). En conséquence, la sexualité est très peu, voire pas du tout, évoquée avec les personnes en situation de handicap.

Pourtant, selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la sexualité est essentielle pour le bien-être physique, mental et social des individus. La santé sexuelle ne se limite pas à l'absence de maladie ou d'infirmité, mais englobe un état de bien-être global en matière de sexualité (13). Il est donc indispensable de prendre en compte les désirs et besoins des usagers en termes de sexualité pour améliorer la qualité de vie des usagers, y compris dans la prise en charge globale du patient en ergothérapie.

Ainsi, en sensibilisant les ergothérapeutes à l'importance d'aborder la sexualité de manière ouverte et respectueuse, cette étude peut contribuer à réduire la stigmatisation et améliorer la qualité des prises en charge.

1.4 Enquête exploratoire

1.4.1 Objectifs

1.4.1.1 Objectifs généraux

- Se heurter à la faisabilité ou non de la recherche
- Jauger la pertinence et/ou la vivacité de la problématique professionnelle sur le terrain
- Faire un état des lieux des pratiques et découvrir les éléments pertinents reliés à la thématique
- Enrichir les éléments de connaissances en lien avec la thématique
- Affiner la thématique et la problématique professionnelle

1.4.1.2 Objectifs spécifiques

- Identifier et connaître la proportion d'ergothérapeute incluant l'accompagnement dans la sexualité des adultes en lieu de vie dans leur pratique professionnelle
- Identifier les leviers et les freins de la prise en charge en ergothérapie dans l'accompagnement à la sexualité des adultes vivant en lieu de vie
- Identifier les supports sur lesquels se basent les ergothérapeutes pour prendre en compte la sexualité dans leur prise en soin des adultes en lieu de vie (ouvrages, méthodes, formations, outils, évaluations ...)

1.4.2 Population cible

1.4.2.1 Critères d'inclusion

La population ciblée pour répondre à l'enquête exploratoire se compose d'ergothérapeutes travaillant depuis plus de 6 mois en lieu de vie, afin de garantir une certaine expertise. Elle inclut également des ergothérapeutes qui n'exercent plus en lieu de vie depuis moins de cinq ans, afin qu'ils puissent se souvenir de leurs expériences de prise en charge. De plus, nous souhaitons recueillir les avis d'ergothérapeutes travaillant en France Métropolitaine ou dans les DOM-TOM, afin d'obtenir le point de vue des professionnels évoluant dans un contexte culturel et un mode de vie similaires au nôtre, notamment en ce qui concerne la sexualité. Enfin, nous incluons des ergothérapeutes prenant actuellement en charge des patients de tous âges, sexes et religions, afin d'obtenir un recueil d'informations aussi large que possible.

1.4.2.2 Critères d'exclusion

Afin d'obtenir des réponses cohérentes, nous pouvons exclure les ergothérapeutes exerçant en psychiatrie et en soins médicaux et de réhabilitation (SMR), ceux qui ne travaillent plus en milieu de vie depuis plus de cinq ans, ainsi que ceux qui interviennent à domicile. De plus, nous excluons les ergothérapeutes exerçant en dehors de la France Métropolitaine et des DOM-TOM.

1.4.3 Sites d'exploration

Les sites d'exploration pour cette enquête exploratoire incluent tous les lieux de vie situés en France Métropolitaine et dans les DOM-TOM, à l'exception des interventions à domicile. Parmi ces lieux, nous trouvons les CMP (Centres Médico-Psychologiques), les EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), les FAM (Foyers d'Accueil Médicalisé), les foyers de vie, les MAS (Maisons d'Accueil Spécialisée) et les UVP (Unités de Vie Protégée).

1.4.4 Choix méthodique de l'Outil de Recueil de Données

Pour cette enquête nous avons choisi un questionnaire dit « mixte », combinant des éléments qualitatifs et quantitatifs. En effet, au regard de questionnements précédents, il semble d'abord pertinent de mener une enquête quantitative : l'objectif étant de dresser un état des lieux des pratiques professionnelles pour déterminer si un grand nombre d'ergothérapeutes abordent la sexualité lors de leur intervention ou s'ils en font abstraction. De plus, il serait également intéressant de connaître la manière dont ils traitent la sexualité, ainsi que les raisons pour lesquelles certains ne le font pas, ce qui constitue des données qualitatives cette fois. En combinant des éléments qualitatifs et quantitatifs concernant l'approche de la sexualité, nous pourrions obtenir une vision plus complète de la situation.

Cet outil présente à la fois des avantages et des inconvénients, comme le montre le Tableau 1 visible en annexe (cf. Annexe 1 p 58).

1.4.5 Construction de l'Outil de Recueil de Données

Afin de préparer le questionnaire, nous avons réalisé une matrice de questionnement (cf. Annexe 2 p 58).

1.4.6 Modalités de l'enquête exploratoire

Pour réaliser l'enquête exploratoire, nous avons envoyé le questionnaire par courriel dans des lieux de vie (hors domicile) en France Métropolitaine et en DOM-TOM, et sur les réseaux sociaux dans des groupes.

1.4.7 Dispositions éthique, légale et réglementaire

Dans le but de respecter une éthique de travail de recherche, nous veillons au respect des normes réglementaires et éthiques définies par la loi Jardé (14) et le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) (15). Lors de cette enquête exploratoire, nous interrogeons uniquement des ergothérapeutes et ne sommes donc pas soumis à la loi Jardé (14). Néanmoins, nous assurons la protection des droits, de la sécurité et de la confidentialité des participants. Nous avons obtenu le consentement des participants et leur avons accordé le droit de se retirer à tout

moment. Nous leur avons garanti d'anonymiser et de sécuriser les résultats avec des codes changés régulièrement. Le questionnaire a été anonymisé en supprimant l'obligation de renseigner une adresse e-mail pour y répondre et les données collectées sont conservées sur un ordinateur protégé par un mot de passe. Une fois l'étude terminée, nous avons pris les mesures nécessaires pour détruire les données.

1.4.8 Choix des outils de traitements des données

Il paraît intéressant de réaliser une enquête quantitative. Effectivement, les verbes d'actions des objectifs spécifiques indiquent que l'on recherche des données chiffrées plutôt qu'un ressenti. Un état des lieux des pratiques professionnelles est recherché afin de déterminer si de nombreux ergothérapeutes abordent la sexualité lors de leur intervention ou s'ils en font abstraction. De plus, ce ne serait pas significatif de faire un entretien avec trois ou quatre ergothérapeutes puisque ce n'est pas un ressenti en premier lieu qui est désiré. Cependant, le ressenti des ergothérapeutes peut être intéressant à récolter en plus. Ainsi, nous cherchons à connaître à la fois le nombre d'ergothérapeutes qui abordent la sexualité et la manière dont ils le font, ou les raisons pour lesquelles ils ne l'évoquent pas. Nous retrouvons des éléments qualitatifs avec le ressenti des ergothérapeutes, et des éléments quantitatifs concernant la façon dont est abordé la sexualité.

Le questionnaire est rédigé sur Google Forms ®. Concernant le traitement des données recueillies, les résultats sont exploités via un tableur Excel ®. Ce dernier est un outil pratique pour traiter les données puisqu'il offre une grande variété d'outils. Google Forms ® permet également de générer des graphiques en fonction des résultats, cela facilite ainsi l'analyse des données collectées.

1.4.9 Test de faisabilité et de validité du dispositif d'enquête

Afin de tester la validité et la faisabilité du questionnaire, il a été envoyé à cinq ergothérapeutes travaillant en lieu de vie (hors domicile). Pour envoyer le questionnaire finalisé, il est nécessaire de clôturer les réponses au bout de deux jours. Cela permet de voir si les questions sont pertinentes et répondent au questionnement initial.

Deux ergothérapeutes ont répondu au questionnaire de cohorte. Les réponses convenant, il n'est pas nécessaire d'apporter des modifications et le questionnaire peut être envoyé de façon définitive. Les réponses de la cohorte pourront donc être intégrées à l'échantillon.

De plus, il est important de s'assurer que le questionnaire respecte les règles de la Loi Jardé (14), qui vise à protéger les droits des personnes prises en charge mais à laquelle nous ne sommes pas soumis ici, ainsi que les principes du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) (15). Cela signifie qu'il faut obtenir le consentement des participants avant de commencer la collecte, les informer sur l'utilisation de leurs données et garantir la confidentialité des réponses.

1.4.1 Synthèse des résultats

L'enquête a été envoyée à 86 ergothérapeutes par email, ainsi que sur un groupe Facebook. En dix jours, 18 réponses ont été obtenues : 15 femmes, 2 hommes et 1 personne n'ayant pas précisé son genre. L'âge moyen des répondants est de 35 ans. Concernant l'expérience, 9 exercent depuis 2 à 10 ans, 2 depuis 11 à 20 ans, 2 depuis 20 à 30 ans, et 3 depuis plus de 30 ans, démontrant une diversité remarquable. La plupart d'entre eux (13 sur 18) travaillent en Provence-Alpes-Côte d'Azur ou Auvergne-Rhône-Alpes, principalement dans des structures comme les EHPAD, MAS, FAM ou foyers de vie. Il est possible que ces résultats soient influencés par le réseau personnel utilisé pour rassembler les adresses email. Bien qu'ils ne soient pas représentatifs de la totalité des ergothérapeutes, cet échantillon demeure intéressant à analyser.

→ *La proportion d'ergothérapeute incluant l'accompagnement dans la sexualité des adultes en lieu de vie dans leur pratique professionnelle*

Les résultats montrent que les ergothérapeutes abordent rarement la question de la sexualité avec les résidents qu'ils accompagnent, cette question étant souvent considérée comme secondaire dans leurs missions. Bien que beaucoup reconnaissent l'importance de cette occupation, certains ne savent pas précisément comment intervenir dans ce domaine.

→ *Les leviers et les freins de la prise en charge en ergothérapie dans l'accompagnement à la sexualité des adultes vivant en lieu de vie*

Plusieurs obstacles ont été identifiés. Parmi eux, nous retrouvons notamment le manque de temps accordé par les institutions, le fait que d'autres professionnels semblent mieux adaptés pour traiter ce sujet, l'absence de demandes explicites de la part des résidents, ou simplement le fait que la sexualité soit souvent négligée dans les prises en charge car celle-ci est perçue comme difficile à aborder.

→ *Les supports sur lesquels se basent les ergothérapeutes pour prendre en compte la sexualité dans leur prise en soin des adultes en lieu de vie (ouvrages, méthodes, formations, outils, évaluations ...)*

Les structures adoptent des pratiques très variées concernant la sexualité, allant de l'absence totale de dispositifs à des initiatives plus structurées. Dans certains cas, même si la sexualité n'est pas directement traitée par les ergothérapeutes, certaines structures mettent en place des mesures pour permettre aux résidents de vivre une vie sexuelle. Parmi elles, nous pouvons mentionner l'aménagement d'espaces spécifiques tels que des chambres doubles pour les couples, des plages horaires dédiées à l'intimité, le respect de la vie privée, la mise à disposition d'objets sexuels, ou encore l'intervention d'organismes comme le planning familial.

Enfin, il persiste un besoin constant d'une formation adaptée, d'outils pratiques et d'un cadre institutionnel clair, afin de mieux intégrer cette thématique dans les pratiques professionnelles.

1.4.2 Analyse critique du dispositif d'enquête

Cette enquête exploratoire a répondu aux objectifs principaux et spécifiques de l'enquête, fixés en amont. Elle a permis d'avoir des éléments concrets de la pratique ergothérapique. Les rôles, les ressources et les freins des ergothérapeutes ont été recensés ainsi que l'abord de la sexualité par les ergothérapeutes.

L'enquête a ses limites. En effet, le choix d'une étude quantitative visait à obtenir un nombre significatif de réponses, offrant ainsi une perspective étendue des diverses pratiques ergothérapiques. Toutefois, l'enquête n'a recueilli que dix-huit réponses, ce qui constitue un échantillon limité et peu représentatif de la variété des pratiques existantes. De surcroît,

certaines réponses n'étaient pas assez précises ou détaillées. Il aurait été particulièrement intéressant de collecter des réponses plus développées et d'approfondir certaines pratiques par des échanges complémentaires.

Même si les biais ont été minimisés, certains subsistent. Le questionnaire a principalement été diffusé par e-mail aux institutions aisément accessibles et par le biais du "bouche-à-oreille", entraînant une prépondérance de réponses venant d'ergothérapeutes exerçant en région PACA et Auvergne-Rhône-Alpes. Par ailleurs, aucun ergothérapeute exerçant dans des structures telles que les UHSA, USP, et UVP, n'a répondu à l'enquête, ce qui restreint la représentativité des résultats et leur potentiel à représenter une diversité des opinions. Pour diminuer ces biais, le questionnaire a été conçu de sorte à filtrer les participants selon des critères d'inclusion bien définis. Ceux qui ne remplissaient pas ces critères étaient automatiquement redirigés vers la fin du questionnaire, et leurs réponses ont été exclues de l'analyse finale.

1.4.3 Problématisation pratique

L'enquête renforce la vivacité du thème et les enjeux de santé. Ce sujet est particulièrement pertinent dans le contexte actuel. L'enquête nous a permis de nous confronter à la réalité et nous reconforter sur le choix de ce thème, intéressant à étudier. Les résultats montrent que l'accompagnement de la sexualité est un sujet important pour les ergothérapeutes mais que différents obstacles entravent cette démarche. De plus, certains ergothérapeutes se questionnent sur la manière dont ils peuvent jouer un rôle dans l'accompagnement de la sexualité des résidents.

Les questions qui émergent de cette enquête portent principalement sur les moyens de surmonter ces obstacles.

Aussi, nous pouvons nous demander pourquoi, malgré l'importance de cette occupation pour les ergothérapeutes, cette question n'est pas plus soulevée ? Est-ce que cela a un lien avec notre formation ? ou aux tabous ? à l'opinion de la société ? aux divergences d'opinions ? À un manque de connaissances ? A la relation thérapeutique ? D'autres part, existe-il des évaluations permettant d'aborder le sujet de façon systématique ? Les modèles d'intervention permettent-ils de guider davantage vers la prise en compte de la sexualité ? Existe-t-il des recommandations professionnelles, des études scientifiques sur l'intervention en ergothérapie sur ce sujet, qui ont fait preuve de leur efficacité ?

Par ailleurs, même si les problématiques sont différentes selon les déficiences ou incapacités, la question du consentement est primordiale.

Ainsi, il serait intéressant de réaliser un état des lieux de la recherche afin d'examiner ce que la littérature rapporte, en réunissant les connaissances scientifiques et professionnelles existantes.

1.5 Revue de littérature

1.5.1 Choix des bases de données en fonction des champs disciplinaires

D'après ce sujet, trois champs disciplinaires ressortent : les sciences médicales, les sciences humaines et les sciences de l'occupation.

Pour traiter les sciences médicales, il paraît intéressant d'utiliser PubMed. Cette base de données permet d'accéder à des recherches médicales approfondies. Elle permettra d'accéder aux aspects médicaux liés à la sexualité, telles que les pathologies liées au dysfonctionnement sexuel ou encore les recommandations en termes d'accompagnement médical.

Concernant les sciences humaines, l'utilisation de Cairn semble pertinente. Ce dispositif permet d'accéder à des recherches approfondies concernant l'accompagnement à la sexualité, notamment au niveau juridique puisqu'il s'agit d'une question de droits pour les personnes, au niveau éthique puisqu'il s'agit d'une question souvent taboue et stigmatisante et au niveau psychologique puisque la sexualité représente un besoin fondamental.

Pour traiter les sciences de l'occupation, il paraît intéressant d'utiliser Sage Journal : En effet, la sexualité est une occupation et la prise en compte des occupations est l'activité principale des ergothérapeutes.

Enfin, il paraît intéressant d'utiliser Google Scholar pour avoir une vision un peu plus globale et de plus larges recherches sur le sujet.

1.5.2 Equation de recherche

Des articles portant sur l'accompagnement de la sexualité des adultes dans le cadre de l'ergothérapie sont recherchés. Les termes choisis en français incluent « ergothérap* », « sexualité » et « adultes ». Il est essentiel d'utiliser un vocabulaire commun pour garantir l'accès à toutes les publications scientifiques ou professionnelles pertinentes. Le site HeTop

facilite la recherche de ce vocabulaire commun en identifiant des concepts clés universels. En anglais, les termes sélectionnés sont « sexuality », « adults », « residential facilit* », « center care » et « nursing home ». Les opérateurs booléens « ET/AND » permettent de combiner les mots-clés obligatoirement, tandis que l'opérateur « OR » est utilisé pour inclure les différentes dénominations des lieux de vie, élargissant ainsi les résultats.

La troncature « * » est employée pour élargir les recherches en intégrant toutes les variantes d'un mot à partir de sa racine. Par exemple, « ergothérap* » inclut des termes comme « ergothérapie », « ergothérapeute » ou encore « ergothérapeutique », tandis que « residential facilit* » couvre « residential facilities » et « residential facility ». Après plusieurs essais, nous avons pu identifier les concepts les plus fréquents ainsi que ceux moins connus, notamment en ce qui concerne les lieux de vie. Cela nous a permis de finaliser une équation de recherche en français et une autre en anglais.

L'équation de recherche utilisée en français et la suivante : (ergotherap*) ET (sexualité) ET (adultes).

D'autre part, l'équation de recherche utilisée en anglais est : ("sexuality") AND ("adults") AND ("residential facilit*" OR "center care" OR "nursing home")

Des filtres ont également été appliqués en complément des équations de recherche. Pour garantir des résultats récents, les articles publiés avant 2001 ont été exclus sur PubMed et Sage Journal, tandis que ceux publiés avant 2020 ont été écartés sur Google Scholar pour la recherche en français. En ce qui concerne l'équation en anglais, les articles datant d'avant 2001 sur PubMed, d'avant 2015 sur Sage Journal et d'avant 2020 sur Google Scholar ont été exclus. Par ailleurs, afin de simplifier l'accès aux documents, le filtre « accès libre » a été activé sur Sage Journal.

Les équations de recherche ont permis d'extraire des résultats de banques de données présentés sous-forme de tableaux en annexes (cf. Annexes 3 et 4 p 59 et 60).

1.5.3 Critères d'inclusion et d'exclusion des sources

Afin de sélectionner les sources utilisées, des critères d'inclusion ont été établis. Ont été privilégiés les travaux traitant spécifiquement de l'ergothérapie et de l'accompagnement à la sexualité chez les adultes vivant en lieux de vie. Toutefois, afin d'élargir le cadre d'analyse, des publications issues d'autres disciplines du champ médical ou paramédical ont été retenues,

lorsqu'elles permettaient d'apporter un éclairage complémentaire sur les pratiques professionnelles et les enjeux éthiques ou relationnels. Une attention particulière a été portée aux études menées en France Métropolitaine et dans les DOM-TOM, dans le but d'ancrer les résultats dans un contexte socioprofessionnel proche de celui de l'enquête exploratoire. Cela n'exclut pas pour autant la prise en compte d'études internationales, utiles pour enrichir la réflexion et envisager d'autres manières de concevoir l'accompagnement de la sexualité. Enfin, afin de garantir la pertinence et l'actualité des données, seules les publications postérieures à 2001 ont été retenues. Ce choix vise à se rapprocher des réalités contemporaines du terrain et à éviter la redondance avec les travaux plus anciens déjà largement documentés.

Des critères d'exclusion des articles ont aussi été établis. Certains documents ont été volontairement écartés : c'est notamment le cas des publications antérieures à 2001, celles ne traitant pas directement de la sexualité ou de l'intimité des personnes accueillies, ou encore des études centrées sur des populations mineures. Ont également été exclues les sources au contenu trop généraliste, se limitant à des définitions conceptuelles, ainsi que les articles trop pointus ou trop spécifiques.

1.5.4 Présentation de la revue de littérature

La revue de littérature est composée de dix écrits, dont cinq qui utilisent une méthode qualitative et deux utilisent une méthode quantitative. Elle est aussi constituée d'une revue de littérature, d'une méta-synthèse qualitative et d'un outil d'évaluation. Dans cette revue de littérature, trois écrits sont canadiens, deux sont américains, deux sont britanniques, deux sont australiens et un est français. Elle est constituée de huit articles scientifiques et de deux articles professionnels. L'écrit le moins récent date de 2011 et le plus récent date de 2024. Un tableau de synthèse d'analyse critique de la revue de littérature est disponible en annexe (cf. Annexe 5 p 60)

1.5.5 Analyse critique de la revue de littérature

L'étude de ces textes a abouti à l'identification de quatre sous-thèmes :

- Le besoin de formation et le manque de compétences ressentit par les professionnels
- Les contraintes socioculturelles : les influences culturelles, les normes sociales, les croyances ou encore les dynamiques familiales

- Les contraintes environnementales : le manque de ressources standardisées, le manque de soutien institutionnel, les contraintes liées aux équipements ou l'impact lié à la charge de travail
- Les enjeux et solutions pour l'intégration de la sexualité dans les pratiques professionnelles

→ *Le besoin de formation et le manque de compétences ressentit par les professionnels*

Le manque de compétences et le besoin d'être formé pour accompagner les usagers dans leur sexualité a été exposé dans neuf écrits de cette revue de littérature (9,10,16–22).

Une étude quantitative canadienne réalisée en 2020, a mis en lumière que, bien que les ergothérapeutes reconnaissent la santé sexuelle comme faisant partie intégrante de leur champ d'intervention, peu d'entre eux abordent ce sujet dans leur pratique. Ce constat découle principalement d'un déficit de connaissances dans ce domaine (9). Ce besoin de formation est également souligné par une étude qualitative américaine de 2024, dans laquelle des étudiantes en ergothérapie ont exprimé l'importance d'intégrer une éducation plus approfondie sur la sexualité dans les programmes de formation en ergothérapie, afin de mieux les préparer à aborder ce sujet sensible avec leurs futurs clients (16).

En Australie, une recherche qualitative menée en 2021 auprès de 11 ergothérapeutes a révélé que les professionnels qui réussissent à traiter cette question s'appuient sur leurs compétences de base, tout en veillant à établir des limites claires. Cependant, le mentorat est perçu comme une ressource clé pour les accompagner face aux défis qu'ils rencontrent (17). L'élaboration d'outils standardisés pour soutenir les professionnels, telle que l'OPISI (Occupational Performance Inventory Sexuality and Intimacy) en cours de développement aux États-Unis depuis 2020, vise également à offrir un cadre structuré pour aborder la sexualité et l'intimité. Cet outil, conçu par une équipe pluridisciplinaire (13 ergothérapeutes et 1 kinésithérapeute), met l'accent sur la formation des ergothérapeutes pour les aider à mieux intégrer ces aspects dans leur pratique (18).

De surcroît, une méta-synthèse qualitative réalisée en 2021 au Canada s'intéresse aux soins de longue durée et met en avant le besoin urgent de formations pour soutenir l'expression sexuelle des personnes âgées (19). Ces résultats font écho à une étude qualitative française de 2021 qui

souligne l'importance de la sexualité dans le bien-être des hommes âgés et le besoin pour les ergothérapeutes de disposer d'outils pratiques pour répondre à ces enjeux (20).

La question de la formation insuffisante est également mise en évidence dans des études plus anciennes. Une recherche australienne de 2013 (21) a organisé des groupes de discussion avec 22 ergothérapeutes. Elle a révélé que la sexualité reste un sujet tabou dans la réadaptation gériatrique, les ergothérapeutes évoquant un manque de compétences et de ressources (21). De même, une étude irlandaise de 2013, menée auprès de 80 ergothérapeutes, confirme que, bien que la sexualité soit perçue comme un domaine légitime, elle est rarement abordée. Les principaux obstacles cités incluent un manque de formation des professionnels et un faible niveau de confiance quant à leur capacité à traiter ce sujet (22).

Enfin, une revue de littérature accompagnée d'une analyse critique des pratiques actuelles en ergothérapie a été réalisée au Canada en 2022. Cette étude plaide pour un développement urgent de formations standardisées, tant au niveau de l'enseignement que de la pratique clinique. Ce travail critique met en avant le besoin d'outils pédagogiques et pratiques pour intégrer durablement la sexualité dans les interventions en ergothérapie (10).

Ainsi, ces études mettent en lumière une problématique récurrente : le manque de formation des professionnels concernant la prise en charge de la sexualité des usagers. Ce manque de formation entraîne un déficit de connaissances, tant sur la compréhension des impacts des pathologies sur la sexualité que sur l'utilisation d'outils d'évaluation adaptés, ainsi que sur les stratégies d'intervention possibles.

Bien que la santé sexuelle soit unanimement reconnue comme un élément essentiel du bien-être global, son intégration dans la pratique clinique reste rare. Les freins identifiés mettent en évidence la nécessité de développer des approches structurées, incluant une meilleure formation initiale, des dispositifs de mentorat, des outils pratiques standardisés et des directives institutionnelles claires. Une telle approche donnerait aux ergothérapeutes les moyens de traiter cette dimension souvent délaissée, avec confiance et professionnalisme, au bénéfice des usagers.

Cependant, nous pouvons nous demander comment les programmes d'éducation à la santé peuvent-ils être améliorés pour mieux préparer les professionnels à aborder la sexualité avec leurs patients ? Néanmoins, quelles seraient les meilleures méthodes d'enseignement pour accroître la compétence et la confiance des étudiants et des professionnels dans le domaine de la santé sexuelle ? Aussi, il peut être intéressant de se demander pourquoi la sexualité reste-t-

elle souvent un sujet tabou dans la formation des professionnels de santé, alors qu'elle est reconnue comme une composante importante de la qualité de vie ? Enfin, quels sont les autres obstacles auxquels peuvent faire face les professionnels lorsqu'il s'agit de la sexualité des résidents ?

→ *Les contraintes socioculturelles : les influences culturelles, les normes sociales, les croyances ou encore les dynamiques familiales*

Cette revue de littérature met en avant six articles qui explorent les contraintes socioculturelles relatives à l'expression de la sexualité dans le cadre des soins.

Plusieurs obstacles majeurs émergent. Tout d'abord, les influences culturelles, comme la nécessité d'adapter les pratiques à la diversité culturelle des usagers, jouent un rôle clé, comme le montre une revue de littérature accompagnée d'une critique des pratiques en ergothérapie réalisée au Canada en 2022 (10). De plus, les croyances des professionnels, identifiées dans une étude quantitative canadienne de 2020 (9), peuvent limiter leur approche de la sexualité. En outre, les normes sociales, telle que la sexualité étant perçue comme un tabou social en Irlande, sont également un frein, mises en évidence dans une recherche australienne de 2013 (21). Les dynamiques familiales, comme le manque de préparation au vieillissement sexuel des familles, quant à elles, sont identifiées comme un facteur limitant dans une méta-synthèse qualitative réalisée au Canada en 2021 (19). Le manque de confiance en soi des professionnels est aussi souligné dans une recherche australienne de 2013 (21) et une étude irlandaise de 2013 (22).

Ainsi, nous pouvons nous demander quelles sont les contraintes environnementales auxquelles peuvent faire face les professionnels lorsqu'il s'agit de la sexualité des résidents ?

→ *Les contraintes environnementales : le manque de ressources standardisées, le manque de soutien institutionnel, les contraintes liées aux équipements ou l'impact lié à la charge de travail*

Tous les articles de cette revue de littérature soulignent que la sexualité est un aspect crucial de la pratique ergothérapique, contribuant au bien-être et à la qualité de vie des usagers. Cependant, plusieurs recherches mettent en évidence les obstacles liés à l'environnement et son importance du soutien institutionnel pour l'intégration de la sexualité dans les soins des résidents (9,10,17,19–21).

Le manque de ressources standardisées est souligné à la fois dans l'étude australienne de 2013 (21) et dans une revue de littérature accompagnée d'une analyse critique canadienne de 2022 (10). En effet, elles confirment que les professionnels se sentent démunis face à la question de la sexualité et plaident pour la mise en place de ressources standardisées afin de les accompagner dans leurs pratiques (10,21).

Par ailleurs, le manque de soutien institutionnel apparaît comme un frein majeur dans plusieurs travaux. En effet, une étude canadienne de 2020 met en évidence ce manque de soutien institutionnel perçu par les ergothérapeutes (9). De manière similaire, une étude australienne de 2021 montre que les professionnels qui parviennent à aborder la sexualité considèrent ce soutien comme un élément clé pour dépasser les obstacles rencontrés (17). Cette problématique est également mise en avant dans une méta-synthèse qualitative canadienne de 2021, qui souligne l'absence de politiques institutionnelles claires et la nécessité d'un soutien accru en milieu de travail (19). Une étude qualitative menée en France la même année insiste quant à elle sur l'importance de la sexualité pour le bien-être des hommes âgés et sur le besoin, pour les ergothérapeutes, de bénéficier de techniques pratiques et directives précises afin d'accompagner ces enjeux (20). Dans cette continuité, une recherche australienne de 2013 met en lumière la nécessité de changements politiques pour intégrer pleinement la sexualité dans les soins. Le manque de directives professionnelles explicites est d'ailleurs pointé du doigt par les ergothérapeutes interrogés (21). Ce manque de politiques claires et définies ressort également dans les résultats d'une méta-synthèse qualitative réalisée en 2021 au Canada, en ajoutant que la gestion de l'expression de genre est souvent complexe pour le personnel en raison de dilemmes moraux et d'obstacles pratiques (19). Enfin, les contraintes liées aux équipements, telles que les lits simples ou les fauteuils roulants, sont mentionnées dans une étude phénoménologique qualitative menée aux États-Unis en 2011 (23). De même, des barrières environnementales, notamment le manque de temps, les exigences de productivité, le manque de ressources et l'absence de soutien organisationnel, ont été identifiées dans une étude qualitative américaine de 2024 (16).

Ainsi, comment les établissements pourraient-ils mieux soutenir leurs employés dans la gestion des expressions sexuelles des résidents ? Comment les institutions peuvent-elles créer un environnement qui respecte à la fois la dignité des patients et le confort des soignants en matière de sexualité ? Et quelles ressources pourraient faciliter l'expression de cette sexualité ?

→ *Les enjeux et solutions pour l'intégration de la sexualité dans les pratiques professionnelles*

Les différents éléments évoqués révèlent que l'intégration de la santé sexuelle dans les pratiques professionnelles est entravée par une multitude de facteurs. Pour y remédier, il est indispensable de mettre en place des solutions globales, incluant une meilleure formation des professionnels, des ressources adaptées, un soutien institutionnel accru et une normalisation de cette thématique dans les soins.

Une étude australienne réalisée en 2021 se distingue en mettant en avant une approche centrée sur les forces, en examinant les stratégies employées par les thérapeutes qui parviennent à aborder la sexualité de manière efficace (17). De son côté, une étude qualitative américaine menée en 2024 (16) propose des pistes pour dépasser ces obstacles, notamment par l'intégration de la sexualité dans les programmes de formation en ergothérapie, l'établissement de pratiques régulières, ainsi que la création d'opportunités d'apprentissage continu. Enfin, une revue de littérature assortie d'une analyse critique des pratiques en ergothérapie conduite au Canada en 2022, insiste sur la nécessité de mettre en œuvre des actions concrètes, notamment par le développement de formations structurées et de ressources standardisées (10).

1.5.6 Synthèse de la revue de littérature

Cette revue de littérature a permis de mettre en lumière trois défis majeurs liés à la prise en compte de la sexualité dans les soins. Tout d'abord, les ergothérapeutes reconnaissent l'importance de la sexualité pour le bien-être des patients, mais ils manquent de compétences et de formation pour l'aborder. Des outils pédagogiques et un encadrement spécifique sont nécessaires. D'autre part, le tabou, le manque de ressources, l'absence de directives claires et les contraintes matérielles freinent l'expression de la sexualité en milieu de soin. Enfin, sans cadre officiel ni politiques précises, les professionnels se sentent démunis. Une meilleure structuration et des directives claires sont indispensables pour intégrer cette dimension dans la prise en charge. Ainsi, il est essentiel de renforcer la formation, d'adapter les politiques institutionnelles et de normaliser la question de la sexualité pour améliorer la qualité des soins.

1.5.7 Problématisation pratique

En complément de l'enquête exploratoire, construire cette revue de littérature a permis de faire un état des lieux de la recherche actuelle et d'observer l'abord de la sexualité par les ergothérapeutes dans la littérature.

L'enquête exploratoire a mis en lumière l'importance du sujet de la sexualité en ergothérapie, étant un sujet particulièrement pertinent dans le contexte actuel. Ce travail a soulevé plusieurs interrogations : pourquoi, malgré l'importance de cette occupation pour les ergothérapeutes, cette question n'est pas plus abordée ? Est-ce dû à des tabous culturels, à des lacunes dans les cursus de formation, ou à des divergences dans les représentations professionnelles ? La question du consentement, notamment chez les personnes en situation de handicap, ressort également comme un enjeu essentiel. Enfin, cela interroge sur l'existence de ressources concrètes, comme des grilles d'évaluation, des modèles d'intervention, ou des recommandations professionnelles, permettant aux ergothérapeutes d'aborder plus systématiquement cet aspect de la vie des personnes accompagnées. La revue de littérature a apporté des éléments de réponse à certaines interrogations énoncées dans l'enquête exploratoire, mais plusieurs demeurent encore en suspens.

Ainsi, pour donner suite à la rédaction de cette revue de littérature, nous pouvons nous demander comment identifier les lacunes spécifiques dans la formation initiale des ergothérapeutes concernant la sexualité ? Quelles approches pédagogiques pourraient améliorer la préparation des professionnels à aborder la sexualité dans leurs interventions ? Aussi, comment évaluer l'impact des ressources matérielles et organisationnelles, telles que les équipements, sur l'expression de la sexualité des patients ? En outre, comment les établissements peuvent-ils créer un environnement permettant aux professionnels de se sentir soutenus lorsqu'ils abordent ces sujets délicats ? Comment développer des outils d'évaluation et d'intervention pratiques qui soient à la fois standardisés et personnalisables selon les besoins des usagers ? Enfin, nous pouvons nous demander quels dilemmes éthiques peuvent survenir lorsque l'expression de la sexualité des patients est jugée inappropriée ou en conflit avec les normes institutionnelles ?

1.6 Question Initiale de Recherche

D'après cette problématisation, la revue de littérature et l'enquête exploratoire, le sentiment de manque de compétences et d'un besoin de formation ainsi que le manque de soutien de la part de l'institution semblent des obstacles importants pour que les ergothérapeutes puissent accompagner les résidents dans leur sexualité. Ainsi, nous pouvons nous demander : *En quoi le cadre institutionnel et les formations influencent-ils l'accompagnement à la sexualité ?*

1.7 Cadre théorique

Pour appréhender ce phénomène en adoptant une perspective plus large et en se distanciant des éléments observés, le cadre théorique sera élaboré autour de trois concepts clés qui découlent de la question initiale de recherche, elle-même dérivée de la problématisation pratique. Le premier concept qui sera développé est le « cadre institutionnel » puisqu'il définit les normes, les valeurs et les règles qui influencent tant les pratiques que les restrictions de l'accompagnement à la sexualité. Cela offrira une perspective holistique de ce concept et de son influence sur les pratiques. De plus, le deuxième concept développé sera la notion de « formation », dans le but d'examiner son effet sur les compétences, les attitudes et les connaissances des professionnels ainsi que son incidence sur leur aptitude à aborder la sexualité dans les pratiques. Finalement, le concept d'« accompagnement à la sexualité » sera développé afin d'analyser les pratiques réelles et les interactions relationnelles entre professionnels et usagers.

Une fois développés, ces concepts seront mis en tension et une matrice théorique facilitera l'assimilation des principaux éléments développés (cf. Annexe 6 p 64).

1.7.1 Le cadre institutionnel

Le cadre institutionnel est un socle de gouvernance et de performance organisationnelles. En effet, il constitue l'ensemble des structures, des règles, des normes et des pratiques qui organisent le fonctionnement d'une institution ou d'un système. Il est essentiel pour garantir une gouvernance efficace et la pérennité des mesures prises. Dans cette perspective, plusieurs aspects indispensables se dégagent.

Tout d'abord, en 1979, Henry Mintzberg déclare que la structure organisationnelle assure la répartition claire des rôles et responsabilités à travers des organigrammes et des procédures bien définies (24). Selon William Richard Scott, cette organisation interne est renforcée par un cadre juridique adéquat, garantissant le respect des lois locales et internationales, ce qui contribue à une légitimité et une stabilité institutionnelle (25). Par ailleurs, l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) montre en 2019 que la qualité de la gouvernance repose sur des pratiques de transparence et de redevabilité, notamment à travers la publication régulière des décisions et des processus décisionnels (26).

Un cadre institutionnel performant repose également sur des ressources humaines qualifiées et une gestion financière durable. En effet, d'après David Ulrich, le recrutement et la rétention de personnel compétent jouent un rôle crucial dans l'efficacité des programmes et des services (27). De même, une planification budgétaire adéquate permet d'assurer la viabilité des projets (28). Dans ce contexte, d'après Donald Kirkpatrick, le droit à la formation des professionnels apparaît comme une obligation croissante pour les institutions. En mettant en place des dispositifs qui garantissent l'accès à des formations continues et adaptées, elles contribuent à renforcer les compétences du personnel et à répondre aux exigences évolutives de leur mission. Un indicateur majeur de cet engagement est le nombre d'heures de formation suivies chaque année, qui reflète directement l'investissement dans le capital humain (29).

En définitive, la cohérence des actions est aussi liée à la culture institutionnelle, qui regroupe les valeurs partagées, les normes et les croyances au sein d'une organisation. Selon Edgar Henry Schein, cette culture agit comme un ciment, facilitant l'engagement des membres envers les objectifs collectifs (30). L'innovation, quant à elle, énoncée par Walter Powell et Paul J. DiMaggio, agit comme un levier permettant de moderniser les pratiques, en intégrant de nouvelles technologies ou méthodes pour relever les défis contemporains (31).

Walter Powell et Paul J. DiMaggio ont également exploré comment les cadres institutionnels influencent les pratiques organisationnelles (31). En effet, le cadre institutionnel englobe un ensemble de composantes essentielles qui structurent le fonctionnement des organisations. Parmi ces éléments, nous pouvons distinguer les règles formelles (les lois), les normes sociales, les structures organisationnelles, ou encore les cultures des entreprises (31).

Dans le domaine médico-social, le cadre institutionnel est particulièrement complexe du fait de la multiplicité des acteurs impliqués et de la spécificité de leurs missions. Parmi eux, les Etats définissent les politiques publiques en matière de santé et d'action sociale, édictent les lois et

les réglementations et les collectivités territoriales mettent en œuvre les politiques nationales au niveau local et gèrent souvent des établissements ou des services médico-sociaux. D'autre part, les agences régionales de santé (ARS) assurent le contrôle de l'offre de soins et de services médico-sociaux sur leur territoire et les établissements et services médico-sociaux (ESMS) sont les structures qui accueillent et accompagnent les personnes (EHPAD, hôpitaux, centres d'accueil spécialisés...). Ces établissements engagent une variété de professionnels, comme des médecins, des infirmiers, des travailleurs sociaux, des éducateurs spécialisés, etc. Ces derniers interviennent directement auprès des personnes. Les missions des professionnels étant de soutenir les personnes en situation de vulnérabilité, favoriser l'autonomie en mettant en place des projets personnalisés adaptés aux besoins de chaque usager et lutter contre l'exclusion aux soins (32). Il est crucial de saisir ces éléments du cadre institutionnel pour étudier leur impact sur les pratiques professionnelles. Par exemple, les approches adoptées par les professionnels peuvent être influencées par les règles formelles et les normes sociales, alors que la culture d'entreprise et l'organisation structurelle peuvent modifier la façon dont ces approches sont appliquées quotidiennement (31). Enfin, les usagers et les familles sont au cœur du dispositif et participent à la définition des politiques et des services.

Le sentiment de soutien institutionnel constitue également un facteur déterminant : lorsque les professionnels se sentent légitimés et accompagnés par leur hiérarchie dans l'abord de la sexualité des résidents, ils sont plus enclins à adopter des pratiques ouvertes et respectueuses de l'intimité. Comme le soulignent Alice E. Brunnet et Lara G. Balland, le positionnement de l'institution, entre soutien explicite, silence normatif ou entrave, joue un rôle central dans la manière dont les professionnels accompagnent les expressions identitaires et sexuelles des personnes adultes en contexte institutionnel (33).

Ainsi, un cadre institutionnel bien conçu offre une base essentielle pour évaluer, suivre et ajuster les performances organisationnelles. Les systèmes de contrôle, tels que les audits internes ou les tableaux de bord équilibrés, abordés par Robert S. Kaplan et David P. Norton, jouent un rôle fondamental pour mesurer les progrès réalisés et ajuster les stratégies en conséquence (34).

1.7.2 La formation

La formation est un levier de transformation des compétences et des organisations. En effet, elle représente un pilier central dans le développement individuel et organisationnel. La

formation vise à transmettre des savoirs, savoir-faire et savoir-être nécessaires à l'évolution des compétences. Dans ce contexte, plusieurs aspects méritent une attention particulière.

Tout programme de formation place le contenu pédagogique au centre de ses préoccupations. Sa pertinence découle d'une conception qui s'harmonise avec les besoins des apprenants et les objectifs stratégiques de l'institution, comme le souligne Lewis W. Anderson et David R. Krathwohl (35). Par ailleurs, l'efficacité des formations est grandement influencée par les méthodes d'apprentissage mentionnées par David A. Kolb en 1984. Une méthode variée, intégrant la formation en présentiel et les ressources numériques, encourage expérience stimulante et enrichissante (36).

D'après Donald Kirkpatrick, la satisfaction des apprenants est un critère essentiel de réussite, souvent évalué à travers des bilans après la formation (29). Cette satisfaction dépend beaucoup de l'accessibilité des programmes, que ce soit en matière de flexibilité des horaires, de supports numériques ou de coût. Le droit à la formation renforce cette accessibilité en instaurant des obligations institutionnelles visant à garantir que chaque professionnel bénéficie d'un développement continu de ses compétences. Un programme de formation pertinent se traduit par un haut niveau de satisfaction et par une flexibilité permettant aux participants de concilier apprentissage et autres contraintes professionnelles (29). De plus, Benjamin Samuel Bloom explique que le niveau des compétences acquises est évalué à travers des tests ou des mises en situation, afin de vérifier l'impact direct des formations sur les performances individuelles et organisationnelles (37).

Un autre critère essentiel est la durabilité des acquis. Les compétences développées lors des formations doivent pouvoir être appliquées sur le long terme, contribuant ainsi à l'amélioration des pratiques professionnelles, explorées par Robert M. Gagné. Enfin, Eduardo Salas et ses collaborateurs ont montré l'utilisation de technologies innovantes, telles que les outils d'apprentissage en ligne ou les simulations, enrichit considérablement l'expérience des apprenants et prépare les institutions à relever les défis de la transformation digitale (38). Le processus d'acquisition de compétences se réfère à l'apprentissage des savoirs, des habiletés pratiques et comportementales nécessaires pour accomplir une tâche ou répondre à une exigence spécifique dans un contexte donné. Cette méthode s'appuie sur l'apprentissage actif, l'expérimentation concrète et l'acquisition progressive des connaissances. Des facteurs tels que la motivation, la qualité de la formation et le soutien environnemental ont une incidence. D'après Philippe Perrenoud, l'acquisition de compétences requiert une mobilisation astucieuse

des ressources cognitives et sociales pour résoudre des problèmes complexes. C'est un processus qui est constant et contextuel, évoluant en fonction des besoins des situations rencontrées (39).

Pour finir, selon Albert Bandura, le sentiment de compétence, également appelé « auto-efficacité », fait référence à la conviction d'une personne en sa capacité à accomplir une tâche ou à réaliser un but précis. Ce sentiment joue un rôle crucial dans la motivation et la persévérance, puisqu'il affecte la façon dont une personne fait face aux défis et gère les obstacles. Dans son livre, Albert Bandura détaille que ce principe est basé sur quatre sources majeures : les succès personnels, l'observation des réussites d'autrui, le soutien social et la gestion des émotions. Un fort sentiment de compétence encourage une plus grande confiance et une meilleure performance (40).

Par conséquent, la formation ne consiste pas seulement à transmettre des connaissances. Elle joue également un rôle stratégique dans le développement organisationnel. Elle sert de catalyseur pour l'innovation, le changement et l'amélioration continue des pratiques professionnelles.

1.7.3 L'accompagnement à la sexualité

L'accompagnement à la sexualité désigne l'ensemble des actions, pratiques et politiques qui ont pour but de soutenir et d'encadrer l'expression de la sexualité des usagers dans des environnements spécifiques, tels que les lieux de vie. Il s'agit d'un sujet sensible, qui combine des dimensions sociales, éthiques et légales.

La formation des professionnels constitue un élément central de cet accompagnement. La mise en place de formations spécifiques permet aux intervenants de mieux comprendre les enjeux liés à la sexualité des résidents, tout en leur offrant des outils concrets pour répondre à leurs besoins. D'après Patsie Frawley et Christine Bigby, ces dispositifs renforcent leurs compétences en termes d'écoute, de communication et de gestion des situations délicates (41).

En parallèle, la perception des professionnels a une influence cruciale. La qualité de l'accompagnement est déterminée par leur capacité à identifier et à accepter les besoins légitimes des résidents. Grace Kelly et ses collaborateurs en 2009 soulignent que des outils pédagogiques tels que des supports visuels ou des modules éducatifs, adaptés aux

caractéristiques des publics concernés, sont également indispensables pour un accompagnement approprié (42).

Un autre élément essentiel est l'existence d'une politique institutionnelle clairement définie et spécifique. Selon, Nathan Wilson et Patsie Frawley, les institutions ont la responsabilité de construire des structures réglementaires qui garantissent le respect des droits des résidents, tout en maintenant une cohérence dans les pratiques des équipes (43). Cette politique fait partie d'un processus d'engagement éthique, dont l'objectif est de préserver la dignité et les droits fondamentaux des résidents, en accord avec les principes énoncés par la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRPD) (44).

En outre, l'accompagnement à la sexualité a pour but d'améliorer le bien-être émotionnel et psychologique des résidents. D'après Charlotte Whittle et Catherine Butler, l'adoption de pratiques inclusives et bienveillantes peut réduire les sentiments de solitude ou de frustration, contribuant ainsi à la création d'un environnement épanouissant et respectueux (45).

D'autre part, dans les lieux de vie, la sexualité des résidents adultes, souvent en situation de vulnérabilité, s'exprime avant tout par des gestes affectifs simples : des bisous, des câlins, se tenir la main ou partager de l'intimité. Ces manifestations sont vécues comme des besoins fondamentaux de tendresse, d'amour et de reconnaissance. Elles permettent aux résidents de se sentir pleinement adultes, d'éprouver de la joie, du réconfort, mais aussi parfois de la frustration quand leur intimité est ignorée ou réprimée.

Plusieurs recherches, comme celles de Corinne Filloque en 2014 (46), de Jennifer Fournier en 2016 (47) ou encore d'Amaelle Gavin en 2021 (48), montrent que les résidents cherchent à vivre une vie affective réelle, qu'elle soit amoureuse ou simplement tendre, et souffrent lorsque leurs élans sont jugés infantiles ou déplacés. Lorsqu'ils sont soutenus dans leur droit à l'intimité, ils témoignent d'un sentiment accru de dignité et d'estime de soi. Ces réalités confirment que la sexualité, dans ces contextes, est autant un besoin relationnel qu'un droit fondamental à la dignité. Comme le rappelle la Haute Autorité de Santé dans ses recommandations, le respect de la vie intime, affective et sexuelle est un droit fondamental, indissociable de la dignité humaine, et doit être pleinement pris en compte dans l'accompagnement des personnes vivant en établissements médico-sociaux (49).

Pour finir, en France, plusieurs textes législatifs et réglementaires encadrent cette question. La loi du 2 janvier 2002 relative à l'amélioration de l'action sociale et médico-sociale insiste sur le respect de la vie privée et la liberté individuelle des personnes accueillies (50). De plus, la

loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, souligne l'importance de favoriser leur autonomie et leur épanouissement, y compris dans le domaine de la sexualité (51). Enfin, la Convention relative aux droits des personnes handicapées, adoptée par l'ONU (Organisation des Nations Unies), renforce également cette protection en affirmant le droit à la vie privée et à la liberté sexuelle (52). Cependant, la législation reste encore peu développée aujourd'hui, ce qui peut conduire à des situations difficiles dans l'accompagnement à la sexualité des résidents dans certains établissements.

1.7.4 Mise en tension des concepts

A la lumière de l'ensemble du cadre de référence, nous pouvons mettre en tension les différents concepts développés. D'un côté, l'accompagnement à la sexualité requiert une prise en compte fine des besoins individuels, fondée sur l'écoute, le respect du consentement et la reconnaissance du droit à l'intimité. De l'autre, ce champ d'intervention ne peut s'improviser : il s'inscrit nécessairement dans un cadre institutionnel structurant, capable de donner des repères aux professionnels tout en protégeant les résidents.

Or, la présence ou l'absence de ce cadre conditionne fortement les pratiques. Lorsque l'institution élabore des politiques explicites, comme des protocoles sur l'intimité, des chartes, des référents désignés, elle manifeste une démarche proactive et assumée, qui légitime les professionnels dans leur rôle. À l'inverse, un flou institutionnel peut générer de la crainte, de l'autocensure, voire une invisibilisation de la sexualité dans les pratiques quotidiennes. Le sentiment de soutien institutionnel renforce alors l'engagement des équipes, en sécurisant leurs marges de manœuvre et en validant la pertinence de leur action auprès des résidents.

C'est ici que la formation professionnelle prend tout son sens. Elle constitue à la fois un levier d'*empowerment* pour les équipes et un outil de changement des représentations. La formation, en permettant aux intervenants d'acquérir des connaissances actualisées, de réfléchir sur leurs postures et de partager leurs expériences, sert d'accélérateur entre les directives institutionnelles et les pratiques de terrain. Elle rend possible un accompagnement à la sexualité qui soit à la fois éthique, sécurisant et centré sur les droits.

Ainsi, le cadre institutionnel et la formation ne peuvent être pensés séparément : leur interaction détermine la qualité et la légitimité de l'accompagnement proposé aux résidents. Leur absence,

au contraire, expose à des pratiques incertaines, généralement réactives, laissant les professionnels seuls face à des défis complexes, sans repères ni soutien formalisé. Finalement, c'est bien la structuration institutionnelle, articulée à une politique de formation continue, qui rend possible un accompagnement éthique, sécurisant et respectueux des droits dans le champ de la sexualité.

1.8 Problématisation théorique et recontextualisation

L'élaboration des concepts du cadre institutionnel, des formations et de l'accompagnement à la sexualité a facilité leur compréhension et la perception de leurs particularités et subtilités en vue de mettre en place un dispositif de recherche pertinent et adapté, en rapport avec la question initiale de recherche, à savoir, « en quoi le cadre institutionnel et les formations influencent-ils l'accompagnement à la sexualité ? ».

Cette théorie concernant les concepts développés soulève des interrogations. En effet, malgré l'existence de cadres théoriques et des dispositifs de formation, plusieurs questionnements subsistent quant à l'application pratique de l'accompagnement à la sexualité au sein des institutions. Bien que la sexualité soit identifiée comme un besoin fondamental, elle reste un sujet sensible et parfois tabou, ce qui peut entraver son intégration dans les pratiques institutionnelles. Cela pose des questions essentielles : Dans quelle mesure les institutions considèrent-elles l'accompagnement à la sexualité comme une composante fondamentale de leur fonctionnement ? De quelle manière les dispositifs de formation soutiennent-ils les professionnels, en particulier les ergothérapeutes, pour mieux accompagner les résidents dans leur sexualité ? Comment les professionnels perçoivent-ils et vivent-ils les défis d'ordre éthique, culturel et organisationnel associés à cet accompagnement ?

Ces interrogations nous incitent à explorer le lien entre théorie et pratique : les institutions disposent-elles des ressources nécessaires pour passer d'une identification théorique du besoin à une application concrète ? Les professionnels considèrent-ils être suffisamment soutenus pour intégrer la sexualité dans leurs pratiques quotidiennes ?

Ainsi, ce cadre théorique souligne la nécessité d'une approche globale pour l'accompagnement à la sexualité, combinant un cadre institutionnel clair, soutenant, bien défini, et des formations adaptées. Ces deux éléments sont essentiels pour répondre aux besoins des résidents tout en

garantissant une pratique professionnelle éthique et respectueuse. Cependant, il reste à explorer dans quelle mesure cette vision théorique se traduit en pratique dans les lieux de vie.

Ainsi, ce cadre théorique souligne la nécessité d'une approche globale de l'accompagnement de la sexualité, qui relie les dimensions institutionnelles aux réalités sensibles. Cela suppose que les établissements s'engagent concrètement à travers des dispositifs structurés, tels que des projets d'établissement, ou des formations du personnel. Ce soutien institutionnel ne se limite pas à une posture théorique, il est un levier indispensable pour reconnaître et légitimer la vie intime des résidents. Pour ces derniers, la sexualité prend souvent des formes simples et sensibles : un câlin, un baiser échangé, une main tenue plus longtemps que d'habitude, etc. Des gestes qui, au-delà de leur apparente banalité, traduisent un besoin profond d'affection, de lien et d'existence dans le regard de l'autre. Si cette perspective commence à être portée dans les textes et recommandations, notamment par la Haute Autorité de Santé, il reste à comprendre dans quelle mesure elle parvient à s'incarner dans les pratiques concrètes, au quotidien, dans les établissements.

1.9 Question de recherche

Comment les ergothérapeutes perçoivent-ils le soutien des institutions dans l'accompagnement à la sexualité des résidents dans les lieux de vie ?

1.10 Objet de recherche

La perception des ergothérapeutes concernant le soutien des institutions dans l'accompagnement à la sexualité des résidents dans les lieux de vie.

2. Matériel et méthode

2.1 Méthode utilisée

La question de recherche sera étudiée à travers une étude qualitative afin de connaître la perception des ergothérapeutes de façon détaillée. Cette méthode permet d'explorer en profondeur les opinions et les perceptions des ergothérapeutes, tout en prenant en compte la subjectivité de chaque individu. Cette approche permet de recueillir des données riches et

nuancées sur un sujet sensible. Ces données sont essentielles pour comprendre comment la sexualité est intégrée dans la pratique de l'ergothérapie. Il ne s'agit pas ici de mesurer ou de quantifier des comportements, mais bien de comprendre en profondeur la manière dont les ergothérapeutes perçoivent et vivent le soutien institutionnel dans l'accompagnement à la sexualité des résidents en lieu de vie. Ce choix méthodologique repose sur la volonté d'accéder à une réalité vécue, subjective, construite à travers les expériences, les ressentis et les représentations individuelles (53).

L'approche qualitative donne la possibilité de rendre compte de la complexité du discours : elle offre l'éventualité de faire émerger des nuances, des tensions, des contradictions parfois, qui seraient difficilement saisissables à travers un questionnaire. Elle favorise également l'expression de réalités institutionnelles diverses, qui dépendent à la fois du contexte de travail, de la culture de l'établissement, et de l'histoire professionnelle de chacun. Dans un domaine aussi sensible que la sexualité, souvent marqué par le non-dit ou les tabous, cette méthode autorise une liberté de parole que d'autres approches plus normées pourraient restreindre.

De plus, le recours à une méthode quantitative aurait conduit à réduire la richesse du sujet à des données chiffrées, certes utiles dans d'autres contextes, mais inadaptées ici. Savoir combien d'ergothérapeutes abordent ou non la sexualité ne permettrait pas de comprendre pourquoi, dans quelles conditions, avec quels freins ou quels soutiens. C'est précisément ce type de compréhension fine que permet l'étude qualitative, et qui est essentielle pour faire évoluer les pratiques (53).

Ainsi, cette méthodologie vise à donner une signification aux réalités professionnelles rencontrées sur le terrain, plutôt que de se concentrer uniquement sur des chiffres. Elle répond à un besoin d'exploration, plutôt que de généralisation, ce qui en fait un choix à la fois pertinent et cohérent au regard de l'objet de recherche.

2.2 Population et critères d'inclusion et d'exclusion

Afin de répondre au mieux aux attentes de la question de recherche, une population précise sera ciblée. Seront interrogés les ergothérapeutes travaillants ou ayant travaillé à temps plein ou à temps partiel auprès d'adultes au sein de lieux de vie. Les ergothérapeutes interrogés auront travaillé pendant plus de six mois auprès de cette population pour avoir un recul suffisant sur leur pratique. La recherche inclut également des ergothérapeutes qui n'exercent plus en lieu de

vie depuis moins de cinq ans, afin qu'ils puissent se souvenir de leurs expériences de prise en charge. De plus, nous souhaitons recueillir les avis d'ergothérapeutes travaillant en France Métropolitaine ou dans les DOM-TOM, afin d'obtenir le point de vue des professionnels évoluant dans un contexte culturel et un mode de vie similaires au nôtre, notamment en ce qui concerne la sexualité. Enfin, nous incluons des ergothérapeutes prenant actuellement en charge des patients de tous âges, sexes et religions, afin d'obtenir un recueil d'informations aussi large que possible.

Afin d'obtenir des réponses cohérentes, nous pouvons exclure les ergothérapeutes exerçant en psychiatrie et en soins médicaux et de réhabilitation (SMR), ceux qui ne travaillent plus en milieu de vie depuis plus de cinq ans, ainsi que ceux qui interviennent à domicile. De plus, nous excluons les ergothérapeutes exerçant en dehors de la France Métropolitaine et des DOM-TOM.

2.3 Sites d'exploration

Les sites d'exploration pour cette étude qualitative incluent tous les lieux de vie situés en France Métropolitaine et dans les DOM-TOM, à l'exception des interventions à domicile. Parmi ces lieux, nous trouvons les CMP (Centres Médico-Psychologiques), les EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), les FAM (Foyers d'Accueil Médicalisé), les foyers de vie, les MAS (Maisons d'Accueil Spécialisée) et les UVP (Unités de Vie Protégée).

2.4 Choix de l'outil théorisé de recueil de données (OTRD)

Le choix de l'OTRD doit être en adéquation avec les objectifs de la recherche. Nous avons choisi le *focus group* comme outil de recherche pour plusieurs raisons. Un *focus group* est un outil de recherche qualitatif particulièrement pertinent pour explorer la perception des ergothérapeutes sur le soutien institutionnel à l'accompagnement de la sexualité des résidents en lieu de vie (54).

Initialement, comme le souligne le docteur Pia Touboul, cette méthode qualitative est solidement ancrée et remonte aux techniques de marketing d'après-guerre. Elle s'appuie sur des discussions de groupe semi-structurées, dirigées par un tiers neutre et supervisées par un observateur externe. Depuis les années 1980, elle a gagné une large acceptation au sein du monde universitaire, en englobant divers secteurs tels que la santé, l'éducation et

l'environnement (55). Ensuite, Sylvie Tétreault met en évidence que le *focus group* favorise des discussions dynamiques et une construction commune des connaissances entre les participants (56). Le *focus group* permet de réunir plusieurs ergothérapeutes issus de différents établissements et contextes professionnels. Cela favorise un échange d'expériences variées, révélant des différences dans les politiques institutionnelles, les pratiques et les contraintes rencontrées, directement en confrontant les points de vue de chacun. Par ailleurs, selon le docteur Pia Touboul (55), pour assurer le bon déroulement du groupe de discussion et obtenir des échanges enrichissants sur un thème précis, un nombre adéquat de participants est indispensable. Cela met en évidence les similitudes et les différences au sein du groupe, ce qui stimule les débats et l'argumentation. Néanmoins, bien que cette approche ait ses mérites, elle comporte aussi des limites comme la restriction des questions abordées, le risque d'une participation déséquilibrée et l'influence potentielle des participants à fournir des réponses socialement souhaitables. Contrairement aux entretiens individuels, un *focus group* permet aux participants de rebondir sur les propos des autres, enrichissant ainsi la réflexion collective. Cela peut aider à identifier des enjeux sous-jacents qui n'auraient pas émergé dans une autre méthodologie (54). Les perceptions des ergothérapeutes sur le soutien institutionnel ne sont pas seulement fondées sur des faits, mais aussi sur des représentations subjectives. Une discussion de groupe permet d'explorer comment ces représentations influencent leur engagement et leurs actions dans l'accompagnement à la sexualité.

En définitive, le *focus group* s'est révélé être l'outil le plus approprié pour notre recherche, grâce à sa capacité à faciliter les échanges dynamiques, à permettre une analyse détaillée du sujet et à mettre en lumière les différents points de vue des répondants. Ainsi, cette approche permet d'approfondir la compréhension des réalités de terrain, en tenant compte des émotions, des perceptions et des dynamiques institutionnelles qui influencent la pratique des ergothérapeutes dans l'accompagnement à la sexualité des résidents en lieu de vie.

2.5 Anticipation des biais de recherche

Interroger des ergothérapeutes à travers un groupe de discussion, ou *focus group*, entraîne potentiellement des biais de recherche. Effectivement, la sexualité est un sujet sensible. Comme la méthode choisie s'effectue en groupe, il se peut que les participants ne divulguent pas d'informations plus intimes. Aussi, l'effet de groupe peut inciter les ergothérapeutes à se conformer à la perspective collective, bien que nous pourrions penser que leur participation

indique une volonté de partager leur propre point de vue plutôt que celui d'autrui. Un biais concernant la formulation des questions peut également exister. Enfin, les participants recrutés pour l'étude peuvent ne pas refléter fidèlement l'ensemble des ergothérapeutes travaillant en institution et le nombre de participants peut avoir un impact sur l'ensemble des échanges. Pour minimiser ces biais, il est primordial d'adopter une posture neutre, de favoriser un échange équilibré et de garantir la confidentialité des discussions. Une modération appropriée et un échantillonnage varié sont essentiels pour obtenir des résultats aussi représentatifs et authentiques que possible. Aussi, des questions ouvertes doivent être privilégiées et testées en amont.

2.6 Construction de l'outil théorisé

Pour développer notre dispositif de recherche, il est nécessaire de concevoir un guide d'entretien qualitatif pour le *focus group*, qui structure le déroulement de la session de groupe (source). L'élaboration de la grille d'entretien (cf. Annexe 7 p 68) a été réalisée en veillant à ce que les questions soient ouvertes, neutres et cohérentes. Ceci favorise des réponses détaillées et spontanées des participants. En parallèle, nous avons envoyé une fiche de consentement et une notice d'informations à remplir par les participants afin de recueillir des données telles que le lieu d'exercice, l'année d'obtention du diplôme, ou encore le temps dédié à l'accompagnement de la sexualité des résidents dans leur pratique. Lors de la discussion de groupe, une introduction est présentée pour commencer afin de présenter le contexte, le modérateur et l'observateur. Lors de la session de groupe, le modérateur a joué un rôle essentiel en dirigeant la dynamique de groupe, en guidant les débats et en encourageant la participation de tous les participants. Des outils tels que la pause active ou l'approfondissement des discussions ont été utilisés pour garantir la qualité des données recueillies. De plus, un observateur a été invité à participer pour prendre des notes et coconstruire une synthèse du focus avec le modérateur. Ensuite, le cadre est posé en rappelant la confidentialité, l'anonymisation et la sécurité des réponses. La question de recherche est reformulée pour être présentée de manière claire et visible, permettant aux ergothérapeutes de saisir le sujet de la discussion. Les questions sont ensuite exposées une à une aux participants, en leur laissant le temps de répondre et de renchéir si besoin sur les réponses des autres ergothérapeutes.

2.7 Cadre réglementaire et éthique

Comme lors de l'enquête exploratoire, nous veillons au respect des normes réglementaires et éthiques définies par la loi Jardé (14) et le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) (15). Lors de cette recherche, nous interrogeons uniquement des ergothérapeutes et ne sommes donc pas soumis à la loi Jardé (14). Néanmoins, nous assurons la protection des droits, de la sécurité et de la confidentialité des participants. Nous avons obtenu le consentement des participants, leur avons accordé le droit de se retirer à tout moment, leur avons garanti d'anonymiser et de sécuriser les résultats avec des codes changés régulièrement et avons pris les mesures nécessaires pour détruire les données une fois l'étude terminée.

2.8 Choix des outils de traitement et d'analyse des données

L'analyse des données collectées se fait dans une perspective qualitative. Il s'agit d'une analyse thématique qui identifie les similitudes, les divergences ou les dynamiques collectives liées à un sujet spécifique. Elle est réalisée par le codage axial du texte (le verbatim), c'est-à-dire que le texte est fragmenté pour être examiné en fonction de thèmes et sous-thèmes. Cela permet d'établir des liens entre les différents thèmes et de les comparer pour faire ressortir des idées, des concepts, des tendances, des postures, qu'elles soient partagées ou pas (57). Nous optons pour l'organisation du groupe de discussion via une visioconférence, en raison de contraintes logistiques : les ergothérapeutes ne peuvent pas se déplacer et/ou sont éloignés géographiquement. Nous choisissons l'outil Teams ® avec lequel il est possible d'enregistrer la discussion et de retranscrire en partie le *focus group*. La retranscription est reprise ensuite manuellement sur le logiciel Word ®. Ensuite, les données recueillies sont traitées par thématiques, classées dans un tableau d'analyse (cf. Annexe 8 p 69).

2.9 Test de faisabilité et de validité du dispositif

Afin de tester la faisabilité et la validité du dispositif de recherche, une session pilote a été organisée pour identifier d'éventuels problèmes logistiques ou méthodologiques et apporter les ajustements nécessaires avant de lancer l'étude principale. 3 participants, le modérateur et l'observateur étaient présents. L'introduction, tout comme les questions, ont pu être présentées puis ajustées. Des stratégies ont été mises en place pour atténuer les biais potentiels, notamment en instaurant une atmosphère rassurante et propice au dialogue ouvert et en gérant efficacement

l'ordre et la formulation des questions afin de garantir une compréhension et une dynamique groupale.

2.10 Déroulement de la recherche

Pour recruter les participants, nous avons contacté seize ergothérapeutes exerçant en lieux de vie auprès d'adultes par courriel. Ces contacts ont été rassemblés à partir de différentes sources, tant grâce à une base de données créée par la faculté d'ergothérapie de Marseille que grâce à des contacts désireux de participer à un entretien lors de l'enquête exploratoire. Dans le but d'augmenter nos chances d'obtenir des réponses, nous avons partagé notre invitation au focus group sur des groupes Facebook. Pour faciliter l'organisation, nous avons mis en place un sondage de type « Doodle ® », permettant à chacun d'indiquer ses disponibilités, tout en prenant en considération les impératifs personnels et professionnels de chacun. Le courriel comprenait le lien « Doodle ® » ainsi qu'un bref message d'accompagnement, celui-ci est très important, car il influe significativement sur la probabilité de réponse. Ce message était rédigé de manière concise et comprenait une brève présentation du contexte, de la démarche et de la thématique, suivi de remerciements.

Pour finir, en ce qui concerne l'organisation logistique du groupe de discussion, nous avons communiqué avec les participants par courriel et par téléphone. Le lien pour accéder à la réunion en visioconférence, via « Teams ® », ainsi que la fiche de consentement et une notice d'informations leur ont été envoyés par courriel.

3. Résultats

3.1.1 Les données descriptives

L'entretien groupal a rassemblé sept participants, principalement des femmes, cinq ergothérapeutes travaillants ou ayant travaillé en lieux de vie ainsi qu'un modérateur et un observateur. Leur motivation à participer était alimentée par leur intérêt à découvrir d'autres pratiques en lien avec l'accompagnement à la sexualité des résidents, ainsi que par le désir de soutenir un stagiaire et de contribuer à sa recherche. Ils ont décrit cet entretien comme une opportunité de rencontrer d'autres professionnels qui pouvaient rencontrer les mêmes problématiques dans leur exercice, d'échanger des expériences et de réfléchir ensemble sur le

sujet. Le format du *focus group* a été jugé convivial et propice aux échanges. Dans l'ensemble, ils ont trouvé l'échange enrichissant.

Profil des participants :

- Le modérateur : Étudiante en 3ème année d'ergothérapie / Mémoire d'initiation à la recherche.
- L'observateur : Étudiante en 3ème année d'ergothérapie dans la même promotion que le modérateur, s'intéressant à la question de l'accompagnement de la sexualité en ergothérapie, et amie du modérateur.
- E1 : Ergothérapeute en EHPAD. Référente régionale et investie auprès de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE).
- E2 : Ergothérapeute aujourd'hui en libéral, qui a travaillé plus de 10 ans en salariat dans des foyers d'accueil médicalisé et en EHPAD.
- E3 : Ergothérapeute en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), référente sexualité dans son lieu d'exercice.
- E4 : Ergothérapeute exerçant en tant que vacataire ou intervenante extérieure dans une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) pour adultes polyhandicapés, en EHPAD ainsi qu'en UEEA avec les enfants autistes.
- E5 : Ergothérapeute en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) avec un public plutôt adulte.

3.1.2 L'analyse thématique

L'analyse de l'entretien groupal a fait émerger cinq thème grâce au tableau d'analyse thématique du *focus group* (cf. Annexe 8 p 69).

- La sexualité abordée uniquement en cas de problème
- Les freins à l'accompagnement à la sexualité
- Le soutien de l'institution
- Les leviers pour améliorer l'accompagnement à la sexualité
- Les recommandations pour améliorer le soutien institutionnel

→ *La sexualité abordée uniquement en cas de problème*

Ce thème met en évidence que l'accompagnement à la sexualité est majoritairement réactif plutôt que proactif dans les structures interrogées. C'est-à-dire que la sexualité est abordée à partir du moment où un besoin se fait entendre, ce n'est pas anticipé.

E4 ouvre la discussion en soulignant que « la sexualité est seulement abordée lorsqu'elle devient problématique » (L36-40), une idée reprise par E5 qui précise que l'intervention se fait « dès qu'il y a une problématique » lors des réunions pluridisciplinaires (L65-75). E1 corrobore cette observation : « la sexualité est surtout abordée en réunions pluridisciplinaires, lorsqu'elle est observée dans les unités de soins adaptées » (L60-64).

E2 note également que le sujet « n'était pas abordé par la direction, seulement à l'initiative des résidents » (L51-59), renforçant l'idée d'un traitement au cas par cas et non structuré.

En revanche, E3 se distingue en décrivant une approche proactive : référents sexualité désignés, groupe "intimité-dignité", et résidents qui viennent spontanément parler de leurs préoccupations (L41-50). Cette démarche est soutenue par une organisation institutionnelle spécifique, contrairement à ce que décrivent E2, E4 et E5.

Ainsi, une convergence nette émerge entre E1, E2, E4 et E5, tandis qu'E3 propose une démarche novatrice en amont.

→ *Les freins à l'accompagnement à la sexualité*

Plusieurs obstacles ont été identifiés dans l'accompagnement à la sexualité des usagers. Le consentement, notamment dans le cas des résidents atteints de troubles cognitifs, est un point d'accord fort entre E1, E2, E4 et E5. E2 parle d'un « enjeu fort du consentement » dans des situations complexes (L108-124), rejoint par E1 qui souligne la difficulté d'évaluer le consentement en lien avec les troubles cognitifs (L125-134). E4 cite l'exemple d'une résidente pensant qu'un résident était son mari, créant une confusion autour du consentement (L90-107).

D'autres part, des freins culturels et liés aux professionnels sont évoqués. E5 insiste sur les tabous et jugements personnels des professionnels comme frein majeur (L135-160), un constat partagé par E3 et E4, qui déplorent une réticence à se former et un manque d'assurance dans l'accompagnement de la sexualité (L80-89 ; L90-107).

Aussi, l'absence de cadre institutionnel est abordée par les ergothérapeutes. E2, E1 et E4 pointent tous l'absence de procédures claires dans leurs établissements (L108-124 ; L125-134 ; L217-243). E5 évoque une direction « effrayée » par les dérives possibles, ce qui freine l'initiative (L135-160).

Ce thème montre une forte cohérence entre les participants quant à la multiplicité et la complexité des freins rencontrés, avec des nuances selon les contextes structurels.

→ *Le soutien de l'institution*

Tous les participants décrivent un soutien limité, souvent réactif ou informel.

E2 et E3 évoquent un soutien « informel », la direction ne bloque pas mais ne structure pas non plus l'accompagnement (L200-204 ; L189-199). E5 parle d'un soutien « sur un continuum », plus proche du minimum (L174-188).

E1 illustre l'inertie institutionnelle en expliquant que la direction ne s'implique que lorsqu'une plainte familiale survient (L205-216), idée confirmée par E4, qui cite une réaction de la direction uniquement après incident (L217-243).

Une constante transparaît : les directions sont peu formées, peu outillées, et craignent les réactions des familles ou les implications juridiques. Aucun des participants ne décrit un cadre clair ou un appui solide de l'institution.

→ *Les leviers pour améliorer l'accompagnement à la sexualité*

Des propositions concrètes émergent de façon collaborative, montrant une dynamique constructive entre les ergothérapeutes.

Tout d'abord, avoir un cadre institutionnel clair et des groupes de réflexion sont proposés. E1 et E2 convergent sur l'importance d'une réflexion avant qu'un problème soit relevé. E1 propose la création de groupes de réflexion dans les réunions régionales entre ergothérapeutes (L268-283), tandis qu'E2 regrette qu'aucun cadre ne lui ait permis d'agir plus justement à l'époque (L251-267). Ainsi, plusieurs participants ont souligné que les institutions, loin d'être uniquement des freins, pouvaient aussi devenir des leviers puissants, à condition de reconnaître

pleinement l'importance de la sexualité des résidents et de s'engager activement dans l'évolution des pratiques professionnelles.

Ensuite, les professionnels ont été évoqués comme étant des leviers importants. E4 et E3 partagent des situations similaires (L284-305 ; L306-315), où l'initiative individuelle d'un professionnel a permis de transformer une problématique (objets de masturbation exposés en public) en opportunité d'accompagnement adapté. E5 valorise également cette posture professionnelle et souligne le rôle central de la pluridisciplinarité (L316-358).

En outre, une proposition de formation interdisciplinaire a été exposée. E5 insiste sur l'importance d'une formation partagée entre tous les corps professionnels pour harmoniser les pratiques (L316-358), une idée soutenue par E3 (L306-315).

Enfin, des aménagements architecturaux semblent essentiels pour les ergothérapeutes. E3 et E5 relèvent les limites des chambres doubles et l'importance de prévoir des espaces d'intimité (L405-418 ; L362-365).

Il s'agit d'un thème particulièrement riche, où les échanges permettent à chacun de rebondir sur l'expérience de l'autre pour enrichir les leviers envisagés.

→ *Les recommandations pour améliorer le soutien institutionnel*

Ce dernier thème rassemble les suggestions concrètes pour faire évoluer les pratiques institutionnelles de chaque ergothérapeute.

Le projet personnalisé a été proposé comme outil d'intégration. E1 et E2 soulignent l'importance d'inclure de façon systématique la sexualité dans le projet personnalisé, dès l'entrée du résident (L388-404 ; L366-387). E5 appuie cette idée en citant des cas où les résidents expriment eux-mêmes leurs limites à ce sujet (L316-358).

De plus, les réunions CVS (Conseil de la Vie Sociale) et l'inclusion des familles sont soulevées par les participants. E1 et E3 préconisent une sensibilisation des familles via le CVS, afin de désamorcer les blocages familiaux (L388-404 ; L405-418). E4 soutient ce point de vue et suggère même des échanges entre institutions pour enrichir les pratiques (L419-437).

Enfin, la formation et l'ouverture culturelle sont recommandées pour améliorer le soutien institutionnel. E4 termine en évoquant l'intérêt de se tourner aussi vers les pratiques étrangères, en lien avec la diversité culturelle des usagers (L440-450).

Dans cette dernière section, une forte complémentarité entre les participants émerge, chacun nourrissant une vision globale et pragmatique des améliorations à apporter.

L'analyse thématique du focus group met en lumière une gestion principalement réactive de la sexualité des résidents, déterminée par l'apparition de comportements considérés comme problématiques. Malgré une diversité de contextes professionnels, les ergothérapeutes partagent des constats similaires concernant les freins liés à l'absence de cadre institutionnel, au manque de formation, et aux défis complexes associés au consentement des usagers. De plus, la difficulté à aborder la sexualité de manière générale dans notre société a été exposée dans ce *focus group*. Quelques initiatives locales, portées par des professionnels motivés, témoignent néanmoins d'un potentiel d'évolution. L'ouverture à la réflexion institutionnelle, la transdisciplinarité et l'implication des familles sont apparues comme des leviers prioritaires pour faire évoluer les pratiques vers un accompagnement plus éthique, respectueux et structuré. Ainsi, cette discussion groupale confirme que la sexualité en institution demeure un sujet sensible, encore peu investi sur le plan organisationnel, mais dont l'appropriation par les équipes pourrait devenir un levier majeur de respect des droits et du bien-être des résidents.

4. Discussion des données

4.1 Interprétation des résultats

Les résultats croisés de l'enquête exploratoire, de la revue de littérature et de la recherche convergent vers une même réalité. En effet, la sexualité des résidents est encore très peu intégrée dans les pratiques professionnelles des ergothérapeutes en lieu de vie. Qu'il s'agisse du questionnaire, du *focus group* ou des articles scientifiques, le même constat revient : l'accompagnement de la sexualité est majoritairement réactif, peu structuré et peu soutenu institutionnellement. Le questionnaire a révélé que peu d'ergothérapeutes abordent ce sujet spontanément avec les résidents, même s'ils disent reconnaître en majorité l'importance de cette dimension occupationnelle, mais peine à l'intégrer dans leur pratique quotidienne. Ces données rejoignent les témoignages du *focus group*, où la sexualité n'est évoquée qu'en cas de problème ou de plainte (E1, E4, E5). Seule une ergothérapeute (E3) décrit un cadre de travail plus structuré, au sein duquel la question est accompagnée de manière proactive, grâce à la présence de référents sexualité et à un groupe dédié aux thématiques de l'intimité et de la dignité. Cette

organisation apparaît comme une exception qui illustre cependant qu'un traitement plus adapté est possible, à condition qu'il soit soutenu par l'institution.

Les résultats mettent en lumière de nombreux obstacles à l'intégration de la sexualité dans la pratique ergothérapique, tels que le manque de formation, la peur des implications juridiques, le poids des normes sociales ou encore le flou autour du consentement.

Ces freins sont présents aussi bien dans la revue de littérature, que dans la recherche, que dans l'enquête exploratoire. Les ergothérapeutes du *focus group* évoquent un manque d'outils, de formation initiale ou continue et expriment souvent un malaise face aux enjeux de consentement ou de responsabilité. L'enquête quantitative montre également que ces craintes freinent l'engagement sur cette question. La littérature, elle, confirme largement ces constats : l'étude canadienne de Margaret McGrath et Dikaïos Sakellariou, par exemple, souligne que les professionnels se sentent démunis et peu soutenus, ce qui peut conduire à une forme de retrait ou d'évitement (58).

L'ensemble des résultats met en évidence une dissonance entre les besoins affectifs et sexuels réels ou supposés des résidents, et la capacité des établissements à y répondre de manière cohérente et respectueuse. La recherche qualitative illustre bien cette tension, effectivement, les résidents ne sont pas accompagnés de façon structurée sur cette dimension, sauf lorsqu'un comportement transgresse une norme implicite. L'enquête quantitative ne laisse apparaître que très peu d'initiatives intégrant la sexualité dans les projets d'accompagnement. La littérature scientifique confirme cette distance, souvent expliquée par des postures institutionnelles défensives, qui privilégient le maintien de l'ordre et la prévention des risques au détriment d'un accompagnement éthique et global. Cette tension a notamment été identifiée par Marie-Christine Gély-Nargeot dans la littérature, en évoquant une gestion principalement réactive, déclenchée par des comportements considérés comme inappropriés, et rarement anticipée ou intégrée dans une démarche globale de soin (59).

Malgré ce constat globalement critique, plusieurs pistes de réflexion et leviers d'action émergent pour améliorer la prise en compte de la sexualité dans les pratiques professionnelles. Le *focus group* a permis d'identifier plusieurs propositions consensuelles, telles que mettre en place des formations interprofessionnelles, créer des espaces d'intimité dédiés, intégrer la question de la sexualité dans les projets personnalisés et favoriser une approche pluridisciplinaire. Ces leviers sont en adéquation avec les recommandations institutionnelles, notamment celles de la Haute Autorité de Santé (HAS), qui encourage les ESSMS

(Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux) à intégrer cette dimension dans les projets d'accompagnement individuels, ou projets personnalisés (60). La littérature soutient également cette piste, en soulignant le rôle important d'une structuration institutionnelle pour favoriser une posture éthique et légitime des professionnels. Enfin, l'enquête exploratoire montre que les professionnels sont souvent ouverts à ces propositions, mais en attendent le cadre pour pouvoir les mettre en œuvre.

Ainsi, les résultats montrent une convergence nette autour d'un constat : bien que la sexualité soit reconnue comme un besoin fondamental, elle reste encore peu prise en compte dans les pratiques ergothérapiques en institution. Entre postures réactives, manque de formation et absence de cadre, les professionnels sont nombreux à se sentir démunis. Pourtant des initiatives existent, et des leviers ont été identifiés pour faire évoluer les pratiques. À condition que les institutions offrent un environnement structuré, sécurisé et formé, les ergothérapeutes pourraient pleinement assumer leur rôle dans l'accompagnement de cette dimension essentielle de vie en institution.

4.2 Réponse à la question de recherche

La question de recherche de ce mémoire portait sur la perception des ergothérapeutes concernant le soutien des institutions dans l'accompagnement à la sexualité des résidents en lieu de vie. Les résultats montrent clairement que ce soutien est perçu comme insuffisant, flou et souvent limité à des réactions ponctuelles en cas d'incident. Aucune des structures représentées dans l'étude n'applique un protocole clair ou ne propose un encadrement officiel sur cette thématique. Les institutions apparaissent comme peu formées, peu outillées et craintives face aux implications juridiques et éthiques de l'accompagnement sexuel. Cette perception traduit une forme de désengagement institutionnel, qui renvoie aux carences observées dans la revue de littérature.

Le groupe de discussion a mis en évidence une attente commune : que l'institution pose un cadre clair, forme ses équipes, assume une ligne éthique et soutienne les initiatives professionnelles. Pour les ergothérapeutes interrogés, cette reconnaissance serait la condition nécessaire pour se sentir légitimes et compétents dans l'accompagnement de cette dimension pourtant essentielle de la vie humaine. Néanmoins, plusieurs participants ont souligné que les institutions, loin d'être uniquement des freins, pouvaient aussi devenir des leviers puissants, à

condition qu'elles s'emparent pleinement de cette problématique et soutiennent une évolution des pratiques.

4.3 Critique du dispositif de recherche

Le recours à un *focus group* a permis de générer une richesse qualitative importante et de créer une dynamique d'échange propice à la réflexion collective. Le format a favorisé l'émergence de propositions concrètes et la confrontation de point de vue. Toutefois, le faible nombre de participants (cinq ergothérapeutes) et la prédominance féminine (quatre femmes sur cinq) limitent la diversité des représentations. De plus, les participants étant majoritairement issus de régions similaires (PACA, Auvergne-Rhône-Alpes), certaines réalités territoriales peuvent ne pas être représentées.

L'implication d'étudiantes (modératrice et observatrice) dans l'animation du groupe a sans doute renforcé la bienveillance, mais peut aussi avoir influencé le niveau de discours des participants, soucieux d'apporter une aide à un mémoire d'étudiant. Enfin, le recrutement a été diffusé en partie via des réseaux personnels, ce qui pourrait avoir biaisé l'échantillon vers des professionnels déjà sensibilisés à la thématique.

En dépit de ces limites, le croisement des données issues de l'enquête quantitative, qualitative et la revue de littérature renforce la validité des résultats. Aussi, les tests réalisés en préalable ont permis de minimiser les biais et de prévenir des erreurs techniques. Cependant, au-delà de ces éléments, il convient également de souligner la possibilité de biais d'interprétation liés à la posture du chercheur, notamment dans l'analyse des données qualitatives. L'implication personnelle dans le sujet, aussi précieuse soit-elle pour nourrir la compréhension des enjeux, peut involontairement orienter l'attention vers certaines thématiques au détriment d'autres. De même, l'analyse thématique, bien qu'élaborée avec rigueur, repose sur des choix théoriques et méthodologiques susceptibles d'influencer la mise en évidence de certains résultats. Il est donc important de garder à l'esprit que, comme toute recherche ancrée dans le réel, les résultats obtenus ne sont qu'une lecture parmi d'autres possibles, toujours située, partielle et contextualisée.

4.4 Intérêts, limites et apports des résultats pour la pratique professionnelle

→ *Intérêts*

L'un des principaux intérêts de cette étude réside dans le fait qu'elle donne la parole aux ergothérapeutes sur un sujet encore très peu exploré dans leur profession. Ainsi, elle contribue à renforcer la visibilité d'une problématique encore souvent reléguée au second plan, malgré son importance dans l'amélioration de la qualité de vie des usagers.

En croisant les résultats issus de l'enquête exploratoire et de la revue de littérature, cette recherche fait émerger des tendances convergentes, ce qui renforce la faisabilité des propos. Elle propose une analyse multidimensionnelle de la question, à la fois ancrée dans l'expérience de terrain et en concordance avec les recommandations nationales et les données scientifiques existantes.

Par ailleurs, cette étude s'inscrit dans une dynamique de réflexion collective, soulignant le rôle que peut jouer l'ergothérapeute dans le soutien à la sexualité. Le *focus group* a permis aux participants d'échanger des propositions concrètes et facilement transférables, telles que la nomination d'un référent dédié à la sexualité, la mise en place d'actions de sensibilisation en CVS, ou encore l'organisation de formations interdisciplinaires. Ces pistes d'action touchent à des enjeux transversaux tels que la formation, l'éthique, l'organisation des soins et le cadre institutionnel.

→ *Limites*

Cette étude présente certaines limites méthodologiques. Tout d'abord, le nombre restreint de participants au *focus group* (cinq ergothérapeutes) limite la portée des résultats. De plus, la constitution de l'échantillon s'est appuyée en partie sur le réseau personnel de la chercheuse, ce qui peut induire un biais de sélection, en particulier concernant la sensibilité ou l'intérêt préalable des participants pour la thématique abordée.

La diversité géographique des professionnels interrogés reste également limitée, la majorité des répondants exerçant en région Auvergne-Rhône-Alpes et PACA, ce qui ne permet pas d'avoir une vision représentative des pratiques sur l'ensemble du territoire.

Le caractère sensible et encore tabou de la sexualité en institution peut aussi avoir freiné la liberté d'expression de certains professionnels, malgré le cadre bienveillant instauré. Enfin, il

est important de souligner que le point de vue des résidents n'a pas été recueilli dans cette recherche, alors même qu'ils sont les premiers concernés par la question. Cette absence constitue une limite importante à la compréhension globale du sujet.

Par ailleurs, bien que les résultats de cette étude soient révélateurs, ils ne peuvent être représentatifs de l'ensemble de la profession. Ils s'inscrivent dans un contexte précis, avec un échantillon restreint et des conditions particulières de recueil. Par conséquent, ils proposent plutôt une image partielle et localisée qu'un état des lieux exhaustif. Il s'agit donc de les envisager comme des pistes de réflexion, utiles pour nourrir le débat et interroger les pratiques, mais non comme des conclusions applicables de manière universelle.

→ *Apports des résultats*

En dépit de ces limites, les résultats obtenus mettent en évidence plusieurs éléments structurants et transférables. Ils révèlent notamment un besoin : celui d'une formation adaptée, d'un cadre clair et d'une reconnaissance institutionnelle de leur rôle dans l'accompagnement à la sexualité.

Ce constat offre des propositions concrètes. Tout d'abord, l'intégration explicite de la sexualité dans le projet personnalisé représente un levier important. En abordant cette dimension dès l'évaluation initiale, l'ergothérapeute peut co-construire des objectifs tenant compte des besoins affectifs et relationnels, au même titre que les dimensions motrices ou cognitives. De même, la désignation d'un référent dédié à la sexualité au sein des équipes pluridisciplinaires pourrait favoriser une approche coordonnée, en garantissant un point de repère clair pour les professionnels et pour les usagers.

Par ailleurs, des espaces pensés pour préserver l'intimité des résidents pourraient être aménagés. Cela inclut non seulement des lieux physiques (chambres adaptées, espaces de retrait), mais aussi une réflexion sur les rythmes de vie, la gestion des temps collectifs, ou encore le droit à la vie privée. Sur le plan organisationnel, il apparaît pertinent que les établissements développent des protocoles pratiques, construits en lien avec des professionnels de santé, des experts en éthique et des personnes accompagnées. Ces outils, loin de figer les pratiques, offriraient un cadre sécurisant tout en laissant place à l'adaptation et au dialogue.

En complément, l'offre de formation continue sur ces questions pourrait être enrichie. Des modules courts sur le consentement, l'expression du désir, ou encore sur la posture professionnelle face à l'intimité pourraient renforcer la confiance des soignants. En parallèle,

l'organisation de temps d'échanges interprofessionnels réguliers (ateliers, groupes de réflexion, analyses de pratiques professionnelles) permettrait de déconstruire les représentations parfois stigmatisantes de la sexualité chez les usagers, tout en favorisant l'émergence de pratiques partagées.

Enfin, ces résultats confortent l'idée d'un changement de paradigme. En ergothérapie, l'accompagnement de la sexualité ne devrait pas être considéré comme accessoire, mais intégré comme un des fondements de la participation et de la qualité de vie. En plaçant la personne au centre, dans toute la complexité de son identité, de ses désirs et de son intimité, l'ergothérapeute affirme une posture humaniste et engagée. Finalement, cette recherche appuie l'argumentation pour une évolution des pratiques institutionnelles, en accord avec les recommandations de la HAS, qui soulignent la nécessité de garantir aux personnes accompagnées l'exercice réel de leurs droits affectifs et sexuels (49,60).

Ce mémoire constitue ainsi une première base de réflexion pour que l'ergothérapie prenne pleinement part à ce champ encore trop souvent invisibilisé, en valorisant une approche sensible, éthique et ancrée dans les réalités des terrains, tout en restant centrée sur le résident dans sa globalité, y compris dans sa vie intime.

4.5 Transférabilité dans la pratique ergothérapique

Les pistes évoquées sont directement transférables à la pratique en ergothérapie dans les lieux de vie accueillant des adultes. L'ergothérapeute est un professionnel qui a une vision vraiment holistique. Il considère la personne dans sa globalité, en prenant en compte non seulement ses aspects physiques, mais aussi ses dimensions psychologiques, sociales, émotionnelles, environnementales. Il cherche à comprendre l'ensemble des facteurs qui influencent le bien-être et la capacité d'agir de la personne.

Ainsi, l'ergothérapeute, par son rôle centré sur l'autonomie et les occupations significatives, est particulièrement bien placé pour repérer les besoins affectifs et sexuels des résidents et les inclure dans l'évaluation du projet de vie des usagers. L'ergothérapeute peut également identifier des freins environnementaux à l'expression de la sexualité (chambres partagées, absence d'intimité, restrictions institutionnelles) et proposer des aménagements d'intimité ou des outils adaptés. Il peut aussi créer des espaces de dialogue sécurisés, individuels ou collectifs. Enfin, il peut mobiliser une équipe pluridisciplinaire pour réfléchir à des aménagements adaptés

et participer à la sensibilisation des équipes (par des temps de formation ou de réflexion éthique) et des familles.

A condition d'être soutenu par un cadre institutionnel clair, l'ergothérapeute peut devenir un acteur facilitateur de la reconnaissance du droit à la vie affective et sexuelle des résidents en institution, en respectant leurs capacités, leurs choix et leur dignité. Les enseignements de ce mémoire invitent à concevoir, en collaboration avec le terrain, des outils pratiques adaptés aux réalités institutionnelles, comme des grilles d'évaluation du consentement, des fiches repères pour les équipes, des procédures d'entretien, etc. Ces supports pourraient être co-élaborés avec l'appui de professionnels de la santé, du droit et de la sexologie, pour une meilleure cohérence d'ensemble.

Un autre axe majeur de développement concerne la formation des professionnels, qui présente encore aujourd'hui de nombreuses lacunes sur les questions de l'accompagnement de la sexualité. Il serait pertinent d'intégrer dans les programmes de formation initiaux et directement au sein des institutions, des modules dédiés à la sexualité dans le contexte du handicap, du vieillissement ou de la vie en institution, en abordant les aspects éthiques, juridiques et pratiques. En formation continue, des ateliers de mise en situation, des études de cas cliniques ou des échanges de pratiques pluridisciplinaires pourraient renforcer les compétences des professionnels déjà en poste. La présence d'intervenants issus de la sexologie, du droit ou de la sociologie permettrait d'enrichir ces contenus et de favoriser une perspective équilibrée, respectueuse et adaptée aux réalités du terrain. Ces formations contribueraient à lever les tabous encore présents et à offrir aux ergothérapeutes les repères nécessaires pour intervenir avec justesse et légitimité.

4.6 Perspectives de recherche

Cette étude ouvre de nombreuses perspectives de recherche. Une première évolution consisterait à donner la parole directement aux résidents, afin de documenter de manière fine leur perception de la sexualité, leurs attentes affectives, leurs représentations, mais aussi les obstacles qu'ils rencontrent. Une telle approche qualitative, centrée sur les récits de vie ou les entretiens semi-directifs, permettrait de recentrer les dispositifs d'accompagnement autour de leurs expériences personnelles et de leurs droits, tout en consolidant une approche éthique fondée sur la reconnaissance de leur capacité d'action.

Par ailleurs, il serait pertinent d'étendre la recherche à d'autres membres du personnel impliqués au quotidien dans l'accompagnement, tels que les aides-soignants, les éducateurs spécialisés, les infirmiers ou les psychologues. Cela permettrait de croiser les points de vue et d'identifier les zones de convergence ou de tension entre les représentations et les pratiques, en tenant compte de la diversité des rôles et des postures professionnelles. Une telle démarche renforcerait l'analyse en la rendant plus systémique et pluridisciplinaire, et offrirait une meilleure compréhension des dynamiques institutionnelles.

Un autre axe à explorer concerne l'évaluation de dispositifs concrets, tels que la désignation de référents dédiés à la sexualité, la création d'espaces dédiés à l'intimité ou la mise en place de programmes de formation continue. Une recherche évaluative de type mixte (quantitative et qualitative) pourrait en mesurer l'impact sur les pratiques professionnelles, la satisfaction des résidents et la culture d'établissement. L'analyse des effets observés sur les interactions quotidiennes, la posture des équipes et la qualité perçue de l'accompagnement fournirait ainsi des données probantes utiles à la prise de décision.

Il serait également judicieux d'interroger les directions d'établissement sur leurs représentations et leurs décisions, en explorant les freins structurels, réglementaires ou culturels qui peuvent entraver la mise en œuvre d'un accompagnement de la sexualité respectueux des droits. Une telle approche mettrait en lumière les leviers possibles au niveau organisationnel et politique, et aiderait à rendre objectifs les écarts entre les recommandations institutionnelles et leur application sur le terrain.

En parallèle, une prise en compte des facteurs culturels, religieux et sociolinguistiques dans l'analyse permettrait de mieux adapter les réponses aux réalités vécues par les résidents et les professionnels. Explorer la manière dont la sexualité est abordée selon les appartenances culturelles pourrait nourrir des pratiques plus inclusives et plus sensibles à la diversité des parcours de vie.

Enfin, un élargissement de l'échantillon, tant en nombre de participants qu'en typologie d'établissements (publics, privés, urbains, ruraux, secteurs du handicap ou gérontologie), contribuerait à améliorer la validité externe des résultats et à renforcer la transférabilité des recommandations formulées. L'approche collaborative impliquant différents acteurs (résidents, professionnels, familles, directions) pourrait servir de base riche pour élaborer des politiques d'accompagnement plus intégrées, plus justes, et davantage centrées sur la personne dans sa globalité.

Conclusion et ouverture de la recherche

La rédaction de ce mémoire a été une expérience profondément formatrice, tant sur le plan intellectuel que professionnel. Elle m'a permis de développer une posture réflexive plus affirmée face aux enjeux éthiques et humains liés à l'accompagnement de la sexualité en institution. En explorant un sujet encore peu abordé dans le contexte de l'ergothérapie, j'ai développé ma capacité à questionner les normes implicites, à mobiliser des cadres théoriques pertinents et à articuler des données scientifiques avec les réalités du terrain. Ce travail m'a également permis de mieux comprendre le rôle que peut jouer l'ergothérapeute dans la reconnaissance des droits des résidents et m'a donné l'envie de poursuivre cette réflexion dans ma future pratique.

Ce travail, au-delà de l'enrichissement personnel qu'il m'a apporté, ouvre également plusieurs perspectives d'approfondissement tant sur le plan pratique que théorique. Les enseignements de ce mémoire invitent à concevoir, en collaboration avec le terrain, des outils pratiques adaptés aux réalités institutionnelles : grilles d'évaluation du consentement, fiches repères pour les équipes, procédures d'entretien... Ces supports pourraient être co-élaborés avec l'appui de professionnels de la santé, du droit et de la sexologie, pour une meilleure cohérence d'ensemble.

L'absence quasi systématique de formation sur la sexualité dans les cursus médico-sociaux représente un manque flagrant. Il serait judicieux d'y inclure un module consacré à l'accompagnement de la vie affective et sexuelle en institution, en abordant à la fois les enjeux éthiques, cliniques et juridiques dans une approche multidisciplinaire.

La question de la place du professionnel face à la sexualité des résidents soulève des dilemmes complexes. Jusqu'où peut-il intervenir ? Quels sont ses devoirs, mais aussi ses limites ? Ce type de questionnement gagnerait à être partagé et discuté au sein de groupes d'analyse de la pratique professionnelle ou d'espaces d'échange collectifs, afin d'élaborer des positions éclairées et partagées.

Pour finir, une ouverture importante consisterait à élargir cette recherche à des contextes encore plus contraints, tels que celui de la psychiatrie en milieu carcéral ou de l'ergothérapie pratiquée directement en prison. Bien que ce mémoire ne traite pas de ces environnements, ils posent de manière aiguë la question du droit à la sexualité et à l'intimité. La prison, en tant que lieu de vie, confronte les professionnels à des barrières institutionnelles majeures : la séparation stricte entre hommes et femmes, la restriction des mouvements, la promiscuité des cellules partagées, ou encore le contrôle permanent des espaces. Ces conditions rendent d'autant plus complexe

l'accompagnement de la vie affective des personnes détenues. Or, les enjeux autour du respect de la dignité, du consentement et de la santé sexuelle y sont tout aussi présents, voire amplifiés. En s'intéressant à ces milieux fermés, la recherche pourrait interroger plus largement les limites institutionnelles opposées aux droits fondamentaux, et explorer le rôle spécifique que pourrait jouer l'ergothérapeute dans un tel cadre.

Bibliographie

1. ANFE. Qu'est ce que l'ergothérapie [Internet]. Disponible sur: https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
2. CNRTL. Définition de la sexualité [Internet]. 2012 [cité 21 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/sexualit%C3%A9>
3. Légifrance. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2023. Santé sexuelle. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>
4. Chilton RL, Weaver JA, Doerrer S, Ideishi R. Addressing OT Practitioners' Knowledge and Attitudes About Older Adult Sexual Health and Sexual Activity Through Continuing Education. The American Journal of Occupational Therapy. 1 juill 2022;76(Supplement_1):7610505107p1.
5. La Langue Française. La langue française. Définition de lieu de vie. Disponible sur: <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/lieu-de-vie>
6. Action Sociale. Lieux de Vie : Tous les établissements de type Lieux de Vie [Internet]. Disponible sur: <https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/lieux-de-vie-462.html>
7. Légifrance. 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 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45220>
8. Légifrance. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024. Stratégie Nationale de Santé Sexuelle dans l'agenda 2017-2030. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>
9. Young K, Dodington A, Smith C, Heck CS. Addressing clients' sexual health in occupational therapy practice. Can J Occup Ther. 1 févr 2020;87(1):52-62.
10. Auger LP, Masse J, Higgins J. Sexuality in Occupational Therapy: A Call to Action. British Journal of Occupational Therapy. 1 sept 2022;85(9):627-8.

11. Bozon M. Les cadres sociaux de la sexualité. Sociétés contemporaines. 2001;41-42(1-2):5-9.
12. Crochon F. Enquête : La sexualité et les handicaps, le tabou des tabous ? [Internet]. CeRHeS. 2021 [cité 30 avr 2025]. Disponible sur: <https://cerhes.org/enquete-la-sexualite-et-les-handicaps-le-tabou-des-tabous/>
13. OMS. Santé sexuelle [Internet]. 2002. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health/30>
14. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1). 2012-300 mars 5, 2012.
15. Le règlement général sur la protection des données (RGPD), mode d'emploi [Internet]. [cité 10 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/reglement-general-protection-donnees-rgpd>
16. Shavit-Buckley K, Nwora A, Cadzow R, Gee B. Addressing Sexuality in Occupational Therapy Practice: A Qualitative Exploration of Students' Needs, Barriers, and Facilitators. Journal of Occupational Therapy Education (JOTE) [Internet]. 1 janv 2024;8(3). Disponible sur: <https://encompass.eku.edu/jote/vol8/iss3/8>
17. O'Mullan C, O'Reilly M, Meredith P. Bringing sexuality out of the closet: What can we learn from occupational therapists who successfully address the area of sexuality in everyday practice? Aust Occup Ther J. juin 2021;68(3):272-81.
18. Auger LP. Development of the Occupational Performance Inventory of Sexuality and Intimacy (OPISI): Phase One. Ergothérapies. 29 janv 2021;80:39.
19. Ho PJ, Goh YS. Health care professionals and care staff challenges and experiences of managing sexual expression among older adults ≥ 60 years in long-term care facilities: a qualitative review and meta-synthesis. Age and Ageing. 1 janv 2022;51(1):afab230.
20. Hudson S. La sexualité est une activité humaine fragile. Ergothérapies. 29 janv 2021;80:29.
21. McGrath M, Lynch E. Occupational therapists' perspectives on addressing sexual concerns of older adults in the context of rehabilitation. Disabil Rehabil. 2013;36(8):651-7.
22. Hyland A, Mc Grath M. Sexuality and occupational therapy in Ireland--a case of ambivalence? Disabil Rehabil. janv 2013;35(1):73-80.

23. Taylor B. The Impact of Assistive Equipment on Intimacy and Sexual Expression. *British Journal of Occupational Therapy*. 1 sept 2011;74(9):435-42.
24. Mintzberg H. The structuring of organizations : a synthesis of the research [Internet]. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall; 1979 [cité 15 janv 2025]. 446 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/structuringoforg0000mint>
25. Scott WR. Institutions and organizations [Internet]. Thousand Oaks : SAGE; 1995 [cité 15 janv 2025]. 206 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/institutionsorga0000scot>
26. OCDE. OCDE. 2023 [cité 15 janv 2025]. Principes de gouvernance d'entreprise du G20 et de l'OCDE 2023. Disponible sur: https://www.oecd.org/fr/publications/principes-de-gouvernance-d-entreprise-du-g20-et-de-l-ocde-2023_734e2284-fr.html
27. Ulrich D. Human resource champions : the next agenda for adding value and delivering results [Internet]. Boston : Harvard Business School Press; 1997 [cité 15 janv 2025]. 314 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/humanresourcecha00ulri>
28. WorldBank. International Development, Poverty and Sustainability [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.worldbank.org/ext/en/home>
29. Kirkpatrick DL. Evaluating training programs : the four levels [Internet]. San Francisco, CA : Berrett-Koehler; 1994 [cité 15 janv 2025]. 399 p. Disponible sur: http://archive.org/details/Evaluating_Training_Programs_9781576757963
30. Schein EH. Organizational culture and leadership [Internet]. Hoboken, New Jersey : John Wiley and Sons, Inc.; 2017 [cité 15 janv 2025]. 422 p. Disponible sur: http://archive.org/details/organizationalcu0000sche_d2h5
31. Powell WW, DiMaggio PJ, éditeurs. The New Institutionalism in Organizational Analysis [Internet]. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1991 [cité 15 janv 2025]. 486 p. Disponible sur: <https://press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/N/bo3684488.html>
32. Priou J, Demoustier S. Chapitre 1. Définition des institutions sociales et médico-sociales. *Les Ateliers du praticien*. 2019;5:1-5.
33. Balland LG, Brunnet AE. Coming outs et santé mentale des lesbiennes adultes : une revue narrative de la littérature. *Psychologies, Genre et Société* [Internet]. 30 oct 2023 [cité 6 mai 2025];(1). Disponible sur: <https://psygenresociete.org/194>

34. Kaplan RS, Norton DP. The balanced scorecard-measures that drive performance. *Harv Bus Rev.* 1992;70(1):71-9.
35. Anderson LW, Krathwohl DR. A taxonomy for learning, teaching, and assessing : a revision of Bloom's taxonomy of educational objectives [Internet]. New York : Longman; 2001 [cité 15 janv 2025]. 396 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/taxonomyforlearn0000unse>
36. Kolb DA. *Experiential Learning: Experience As The Source Of Learning And Development.* ResearchGate. 1984;23.
37. Bloom BS (Benjamin S. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals [Internet]. New York, Longmans, Green; 1956 [cité 15 janv 2025]. 232 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/taxonomyofeducat0000bloo>
38. Salas E, Tannenbaum SI, Kraiger K, Smith-Jentsch KA. The Science of Training and Development in Organizations: What Matters in Practice. *Psychol Sci Public Interest.* juin 2012;13(2):74-101.
39. Perrenoud P. Construire des compétences dès l'école [Internet]. EME Editions Sociales Françaises (ESF); 1999 [cité 26 janv 2025]. 134 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/construiredescom0000phil>
40. Bandura A. Self-efficacy : the exercise of control [Internet]. New York : W.H. Freeman; 1997 [cité 26 janv 2025]. 632 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/selfefficacyexer0000band>
41. Frawley P, Bigby C. "I'm in their shoes": Experiences of peer educators in sexuality and relationship education. *Journal of Intellectual & Developmental Disability.* 3 avr 2014;39(2):167-76.
42. Kelly G, Crowley H, Hamilton C. Rights, sexuality and relationships in Ireland: 'It'd be nice to be kind of trusted'. *British Journal of Learning Disabilities.* 2009;37(4):308-15.
43. Frawley P, Wilson NJ. Young People with Intellectual Disability Talking About Sexuality Education and Information. *Sex Disabil.* déc 2016;34(4):469-84.
44. Division for Inclusive Social Development (DISD) [Internet]. United Nations DESA Programme on Disability. Disponible sur: <https://social.desa.un.org/issues/disability>

45. Whittle C, Butler C. Sexuality in the lives of people with intellectual disabilities: A meta-ethnographic synthesis of qualitative studies. *Research in Developmental Disabilities*. avr 2018;75:68-81.
46. Filloque C. Favoriser le respect de la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap mental au sein d'un foyer de vie - EHESP. 2014; Disponible sur: <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/cafdes/filloque.pdf>
47. Fournier J. La vie intime, amoureuse et sexuelle à l'épreuve de l'expérience des personnes en situation de handicap : l'appréhender et l'accompagner [Internet] [These de doctorat]. Lyon; 2016 [cité 10 mai 2025]. Disponible sur: <https://theses.fr/2016LYSE2059>
48. Gavin A. Professionnel·le·s et enfants de résident·e·s face à la sexualité des personnes âgées en Établissement Médico-Social en Suisse [Internet]. 2021 [cité 10 mai 2025]. Disponible sur: <https://phddata.org/professionnel%C2%B7le%C2%B7s-et-enfants-de/>
49. HAS. Haute Autorité de Santé. 2025 [cité 10 mai 2025]. Changer de regard sur la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS pour mieux les accompagner. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3590141/fr/changer-de-regard-sur-la-vie-intime-affective-et-sexuelle-des-personnes-en-essms-pour-mieux-les-accompagner
50. Légifrance. LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale - Légifrance [Internet]. 2002-21 févr 2, 2002. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000002416262>
51. Légifrance. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1). 2005-102 févr 11, 2005.
52. ONU. OHCHR. [cité 12 mai 2025]. Convention relative aux droits des personnes handicapées. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>
53. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives*. 2014;(4):67-82.
54. Krueger RA, Casey MA. Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research. 5th edition. Los Angeles London New Delhi Singapore Washington DC: SAGE Publications, Inc; 2014.

55. La méthode des Focus Groupes par Pia Touboul [Internet]. [cité 2 mai 2025]. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
56. Tétreault S. Focus groupe. In: Guide pratique de recherche en réadaptation [Internet]. De Boeck Supérieur; 2014. p. 327-43. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/guide-pratique-de-recherche-en-readaptation--9782353272679-page-327>
57. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 11 - L'analyse thématique. Collection U. 2012;231-314.
58. Mc Grath M, Sakellariou D. The Issue is : Why has so little progress been made in the practice of occupational therapy in relation to sexuality? ResearchGate [Internet]. 2016; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/273451292_The_Issue_is_Why_has_so_little_progress_been_made_in_the_practice_of_occupational_therapy_in_relation_to_sexuality
59. Fantini-Hauwel C, Gély-Nargeot MC, Raffard S. Chapitre 6. Les pratiques psychologiques auprès des personnes âgées. Psycho Sup. 2014;153-65.
60. HAS. Haute Autorité de Santé. 2022 [cité 5 mai 2025]. Vie affective et sexuelle dans le cadre de l'accompagnement des ESSMS. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3400386/fr/vie-affective-et-sexuelle-dans-le-cadre-de-l-accompagnement-des-essms-note-de-cadrage

Annexes

Annexe 1 : Tableau présentant les avantages et inconvénients pour utiliser un questionnaire en tant qu'outil de recueil de données

Avantages

- Permet un traitement statistique plus simple
- Anonymat
- Touche un grand public et avoir un plus grand nombre de point de vue
- Permet d'atteindre un public plus éloigné
- Les réponses peuvent être réfléchies
- Pas de biais introduits par la présence de l'enquêteur

Inconvénients

- Ressentit des ergothérapeutes
- Beaucoup de travail d'élaboration du questionnaire (formulation)
- Pas de garantit que c'est la personne visée qui répond
- Absence de spontanéité de réponses
- Me prive d'observer beaucoup de comportements accessibles lors d'un contact direct

Annexe 2 : Matrice de questionnement

Variables étudiées	Indicateurs par variables	Indice	Intitulé	Type de réponse	Modalités de réponse	Objectif	
Eléments descriptifs de la population	Population sélectionnée	1.1	Etes-vous ergothérapeute ?	Choix multiples (1 seule réponse possible)	Oui/Non	Déterminer si la question de la sexualité a une place ergothérapique au sein des lieux de vie	si non, envoi du formulaire
		1.2	Vous êtes :	Choix multiples (1 seule réponse possible)	Une femme / un homme / non précisé	Déterminer si la question de la sexualité a une place ergothérapique au sein des lieux de vie	
		1.3	Quel âge avez-vous ?	Liste déroulante (1 réponse possible)	entre 18 et 65	Déterminer si la question de la sexualité a une place ergothérapique au sein des lieux de vie	
		1.4	Depuis quand êtes vous diplômé ?	Choix multiples (1 seule réponse possible)	Question semi-ouverte (depuis moins de 6 mois, entre 6 mois et 1 an, ...)	Déterminer si la question de la sexualité a une place ergothérapique au sein des lieux de vie	si moins de 6 mois, envoi du formulaire
	Sites d'exploration sélectionnés	1.5	Dans quelle région travaillez-vous ?	Cases à cocher (Plusieurs réponses possibles)	Question fermée (Auvergnès-Rhône-Alpes, Bourgogne...)	Déterminer si la question de la sexualité a une place ergothérapique au sein des lieux de vie	
		1.6	Travaillez-vous dans un lieu de vie (hors domicile) ou avez-vous travaillé en lieu de vie (hors domicile) il y a moins de 5 ans ?	Choix multiples (1 seule réponse possible)	Oui/Non	Déterminer si la question de la sexualité a une place ergothérapique au sein des lieux de vie	
		1.7	Si oui, dans quel type de structure travaillez-vous ?	Cases à cocher (Plusieurs réponses possibles)	Question fermée (EHPAD, MAS, foyer de vie, FAM, UVP, USP Autre)	Déterminer si la question de la sexualité a une place ergothérapique au sein des lieux de vie	

		1.8	Vous travaillez avec :	Choix multiples (1 seule réponse possible)	Question fermée (des enfants, des adultes, les deux)	Déterminer si la question de la sexualité a une place ergothérapique au sein des lieux de vie
Sexualité	Place de la sexualité en ergothérapie	2.1	Abordez-vous la sexualité avec les résidents que vous accompagnez ?	Choix multiples (1 seule réponse possible)	A chaque fois / De temps en temps / Rarement / Jamais	Déterminer si la question de la sexualité a une place ergothérapique au sein des lieux de vie
		2.2	Si à chaque fois ou de temps en temps, comment abordez-vous la sexualité avec les résidents que vous accompagnez ?	Cases à cocher (Plusieurs réponses possibles)	Question fermée C'est vous qui posez la question / Vous laissez le résident en parler / Autre (2 réponses possibles)	Déterminer les ressources permettant d'aborder la sexualité des résidents au sein des lieux de vie par les ergothérapeutes
		2.3	Utilisez-vous des outils spécifiques pour aborder ce sujet ? Si oui, lesquels ?	Cases à cocher (Plusieurs réponses possibles)	Question fermée (évaluations, entretien, modèles, vous n'utilisez pas d'outils spécifiques, autre)	Déterminer les ressources permettant d'aborder la sexualité des résidents au sein des lieux de vie par les ergothérapeutes
		2.4	Si rarement ou jamais, pourquoi n'abordez-vous pas ou rarement la sexualité avec les résidents que vous accompagnez ?	Réponse courte	Question ouverte	Identifier les freins au sein de la prise en compte ergothérapique de la sexualité en lieu de vie
	Commentaires sur l'ergothérapie et la sexualité	2.5	Est-ce que des dispositifs sont mis en place, au sein du lieu de vie, pour que les résidents aient une sexualité ?	Choix multiples (1 seule réponse possible)	Oui/Non	Identifier les dispositifs mis en place au sein des lieux de vie pour que les résidents aient une sexualité par les ergothérapeutes
		2.6	Si oui, quels dispositifs sont mis en place, au sein du lieu de vie, pour que les résidents aient une sexualité ?	Réponse courte	Question ouverte	Identifier les dispositifs mis en place au sein des lieux de vie pour que les résidents aient une sexualité par les ergothérapeutes
		2.7	Avez-vous des commentaires supplémentaires concernant l'ergothérapie et la sexualité ?	Réponse courte	Question ouverte	Déterminer si la question de la sexualité a une place ergothérapique au sein des lieux de vie
Entretien	Entretien	3.1	Acceptez-vous d'être recontacté ultérieurement pour participer à un entretien sur ce sujet d'étude ?	Choix multiples (1 seule réponse possible)	Oui/Non	Déterminer si la question de la sexualité a une place ergothérapique au sein des lieux de vie
Coordonnées	Coordonnées	4.1	Si vous le souhaitez, vous pouvez laisser vos coordonnées (mails, nom, prénom...)	Réponse courte	Question ouverte	Déterminer si la question de la sexualité a une place ergothérapique au sein des lieux de vie

Annexe 3 : Tableau de résultats de l'équation de recherche en français

TOTAL à partir des mots clefs	Base de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Retenus	Filtres Utilisés
356	PubMed	7 sans ergo et lieux de vie	5			2001 à 2024
	Cairn Info	26				
	Sage Journal	11	1			2001 à 2024
	Google Scholar	312				2020 à 2024
	Lecture opportuniste				1	
				Total	1	

Annexe 4 : Tableau de résultats de l'équation de recherche en anglais

TOTAL à partir des mots clefs	Base de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Retenus	Filtres Utilisés
3700	PubMed	148			2	2001 à 2024
	Cairn Info	9				
	Sage Journal	756	17		3	2015 à 2024 + accès libre
	Google Scholar	1810 avec OT				2020 à 2024
	Lecture opportuniste	2			4	
				Total	9	

Annexe 5 : Tableau de synthèse d'analyse critique de la revue de littérature

Sources	Thème/ Objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique privilégiée (concept étudié, phénomène pathologie)	Champ(s) disciplinaire(s) d'étude	Principaux résultats	Question, dimension qui n'est pas abordée
1. Addressing clients' sexual health in occupational therapy practice de Kelli Young, Abrielle Dodington, Catherine Smith, and Carol S. Heck (Canada-2020) (9) Sage Journal	Perception des ergothérapeutes canadiens concernant la santé sexuelle des clients.	Quantitatif : Étude exploratoire avec un questionnaire en ligne	Ergothérapeutes canadiens travaillant dans différents contextes de pratique.	-Connaissances, -croyances, -confort, -barrières -facilitateurs =>liés à l'intégration de la santé sexuelle dans la pratique	Sciences de l'occupations : ce sont des ergothérapeutes qui sont interrogés Sciences médicale : santé sexuelle Sciences humaines : psychologie	Les ergothérapeutes considèrent la santé sexuelle comme un domaine légitime de leur pratique, mais peu l'intègrent réellement en raison d'un <u>manque de connaissances et de soutien institutionnel</u>	L'étude n'aborde pas en détail les stratégies spécifiques pour surmonter les barrières identifiées ni l'impact des différences culturelles dans la perception de la sexualité
2. "Addressing Sexuality in Occupational Therapy	Perceptions des étudiants en	Qualitatif : entretiens	10 étudiants en ergothérapie	-Besoins en matière de <u>formation</u> sur la	Sciences de l'occupation avec	- <u>Manque de formation</u> : Les participants ont rapporté un manque de	

Practice : A Qualitative Exploration of Students' Needs, Barriers, and Facilitators" de Keren Shavit-Buckley, Amy J. Nwora, Renee Cadzow et Bryan M. Gee (USA - 2024) (14)	ergothérapie concernant la prise en charge de la sexualité dans leur pratique clinique	semi-directifs	inscrits dans des programmes combinant licence et master (BS/MS) ou master (MS). Tous les participants étaient des femmes, âgées de 22 à 44 ans.	sexualité et la santé sexuelle. -Obstacles à l'intégration de la sexualité dans la pratique clinique, comme le <u>manque de connaissances ou de compétences perçues</u> -Facilitateurs potentiels, comme l'intégration de la sexualité dans le <u>cadre des programmes éducatifs et des pratiques quotidiennes</u> -Perception du rôle professionnel en ergothérapie concernant la gestion de la sexualité	l'accent sur l'importance d'une approche holistique et centrée sur le patient pour inclure la sexualité et la santé sexuelle Sciences d'éducation en santé en particulier pour les étudiants et les futurs praticiens	connaissances sur la sexualité et sur la manière de l'intégrer dans les soins. Ils ont exprimé le besoin de davantage de formation sur les impacts des pathologies sur la sexualité, les outils d'évaluation, et les interventions possibles <u>-Confiance et compétences limitées</u> : Les étudiants ont noté un manque de confiance et de compétence pour aborder le sujet de manière professionnelle avec les patients <u>-Barrières environnementales</u> : Les participants ont également mentionné des contraintes de temps, de productivité, de ressources et un manque de soutien organisationnel comme obstacles majeurs à l'intégration de la sexualité dans leur pratique clinique <u>Recommandations</u> : L'intégration de la	
						sexualité dans le programme de formation en ergothérapie et la pratique routinière, ainsi que des opportunités d'éducation continue, sont identifiées comme des solutions pour surmonter ces obstacles Cette étude met en évidence les besoins en matière d'éducation sur la sexualité dans les programmes d'ergothérapie afin de mieux préparer les futurs ergothérapeutes à aborder ce sujet en clinique.	
3. Bringing sexuality out of the closet: What can we learn from occupational therapists who successfully address the area of sexuality in everyday practice » par	Expériences d'ergothérapeutes qui intègrent avec succès la sexualité dans leur pratique quotidienne	Qualitatif : Analyse phénoménologique interprétative (IPA) avec des	11 ergothérapeutes australiens ayant une expérience significative et qui se sentent	-Confort, -limites professionnelles, -compétences, -soutien => requis pour aborder la sexualité	Sciences de l'occupation : ergothérapeutes, Sciences humaines : psychologie clinique	Les ergothérapeutes qui réussissent à aborder la sexualité le font en s'appuyant sur leurs compétences fondamentales et en maintenant des limites	L'étude ne détaille pas les défis spécifiques rencontrés dans différents contextes

Cathy O'Mullan, Maria O'Reilly et Pamela Meredith (Australie-2021) (15)		entretiens semi-structurés	à l'aise pour discuter de la sexualité avec leurs clients		Sciences médicales : santé sexuelle	claires. Le <u>soutien et le mentorat</u> sont essentiels pour surmonter les obstacles	culturels et comment ces défis pourraient être abordés
Sur PubMed							
4. Development of the Occupational Performance Inventory of Development of the Occupational Performance Inventory of Sexuality and Intimacy (OPISI): Phase One, de Beth Ann Walker, Kasey Otte, Kelsey LeMond, Pamela Hess et Kandyse Kaize (USA - 2020) (16)	Présente le développement de l'Inventaire de la Performance Occupationnelle de la Sexualité et de l'Intimité (OPISI), un outil destiné à évaluer et à améliorer la gestion de la sexualité et de l'intimité dans la pratique de l'ergothérapie	L'OPISI a été développé selon les lignes directrices de DeVellis (2017) pour le développement d'échelles, incluant plusieurs étapes : Cartographie le concept : définition de la nature occupationnelle de la sexualité et de l'intimité. Générer un pool d'items à partir d'une revue exhaustive	Experts en thérapie occupationnelle, dont 13 ergothérapeutes et un kinésithérapeute L'article indique que les items de l'échelle finale n'ont pas encore été validés par un échantillon de	-Sexualité : y compris les connaissances sexuelles, les comportements sexuels, et la réponse sexuelle -Intimité : capacité à initier et maintenir des relations intimes -Santé sexuelle et planification familiale : gestion des routines liées à la santé sexuelle et familiale. -Expression sexuelle et vue de soi : comment une personne se voit et	Sciences de l'occupation avec une perspective centrée sur l'inclusion de la sexualité et de l'intimité dans la pratique thérapeutique pour les personnes vivant avec des handicaps ou des conditions limitantes et avec une approche centrée sur la personne	Le cadre théorique de la thérapie occupationnelle, l'OTSAP (Occupational Therapy Sexual Assessment Framework), a été développé pour définir et guider l'évaluation de la sexualité et de l'intimité. L'OPISI inclut un auto-dépistage, une auto-évaluation approfondie et une mesure des performances pour évaluer les changements perçus dans la performance occupationnelle liée à la sexualité et à l'intimité au fil du temps. L'échelle nécessite une validation formelle avant d'être utilisée cliniquement. => Cette étude constitue la première phase du développement de l'OPISI, fournissant un cadre pour	
Lecture opportuniste							
Limites : pas encore validé, méthode non scientifique puisque c'est la création d'un outil		de la littérature. Déterminer le format de mesure avec une évaluation auto-déclarée des performances Revue par des experts de l'item pool initial.	clients, et qu'une validation auprès de populations cibles est prévue	s'exprime en tant qu'être sexuel		l'intégration de la sexualité et de l'intimité dans la thérapie occupationnelle	
5. "Health care professionals and care staff challenges and experiences of managing sexual expression among older adults ≥60 years in long-term care facilities : a qualitative review and meta-synthesis" de Pei Juan Ho et Yong Shian Goh (Canada-2021) (17)	Passe en revue les défis rencontrés par les professionnels de la santé dans les établissements de soins de longue durée lorsqu'ils soutiennent l'expression sexuelle des personnes âgées	Revue systématique et méta-synthèse qualitative	Le personnel de soins dans des établissements de soins de longue durée, notamment des infirmières, des aides-soignants, des thérapeutes et des médecins + articles	-Expression sexuelle des personnes âgées -Défis et attitudes du personnel soignant - <u>Conflits éthiques et dilemmes moraux</u> autour de la gestion de la sexualité des résidents	Science de l'occupation avec la sexualité des résidents, sciences médicales avec les soins des professionnels et éthique médicale avec les conflits et dilemmes liés à la sexualité des résidents	La revue a permis d'identifier quatre thèmes principaux : les manifestations variées de l'expression de genre, les attitudes des aidants, la gestion des limites dans les soins aux personnes atteintes de démence et le soutien en milieu de travail. => L'article souligne les défis importants	
Pubmed							
Limites : réponses en majorité par des femmes et les problématiques sont souvent évoquées par les hommes par rapport aux soignantes qui sont des femmes						rencontrés par le personnel soignant pour gérer l'expression sexuelle des personnes âgées en institution, notamment en raison de l'absence de politiques bien définies et de la nécessité d'une meilleure formation sur le sujet.	

Annexe 6 : Matrice théorique

Concept	Variable (qu'est-ce que c'est)	Critère	Indicateur	Sources
Cadre institutionnel	Structure organisationnelle	Clarté des responsabilités et des hiérarchies	Organigramme documenté	Mintzberg, H. (1979). <i>The Structuring of Organizations</i> .
	Règlementation	Existence de règles et politiques institutionnelles	Nombre de règlements publiés	North, D.C. (1990). <i>Institutions, Institutional Change and Economic Performance</i> .
	Gouvernance	Transparence dans la prise de décision	Publication des procès-verbaux des réunions (%)	OECD (2019). <i>Principes de bonne gouvernance</i> .
	Ressources humaines	Capacité institutionnelle en termes de personnel qualifié	Ratio personnel qualifié/total du personnel	Ulrich, D. (1997). <i>Human Resource Champions: The Next Agenda for Adding Value and Delivering Results</i> .
	Ressources financières	Disponibilité et durabilité des financements	Pourcentage du budget annuel utilisé	World Bank (2020). <i>Institutional Development Framework</i> .
	Cadre légal	Alignement avec les lois nationales et internationales	Nombre de textes juridiques adoptés	Scott, W.R. (1995). <i>Institutions and Organizations</i> .
	Partenariats	Coopération avec d'autres institutions	Nombre de partenariats actifs	Powell, W.W., & DiMaggio, P.J. (1991). <i>The New Institutionalism in Organizational Analysis</i> .
	Innovation	Intégration de technologies ou pratiques nouvelles	% de projets innovants lancés	Nelson, R.R., & Winter, S.G. (1982). <i>An Evolutionary Theory of Economic Change</i> .
	Système de contrôle	Mécanismes d'évaluation et de suivi	Fréquence des audits institutionnels (annuelle)	Kaplan, R.S., & Norton, D.P. (1992). <i>The Balanced Scorecard: Measures That Drive Performance</i> .

	Culture institutionnelle	Cohérence entre les valeurs, les normes et les pratiques	Taux d'adhésion des membres (%)	Schein, E.H. (1985). <i>Organizational Culture and Leadership</i> .
	Formation et droit à la formation	Droits des professionnels à accéder à des formations	Nombre d'heures de formation obligatoires par an	Kirkpatrick, D.L. (1994). <i>Evaluating Training Programs: The Four Levels</i> . (= Evaluation de l'efficacité des dispositifs institutionnels)
	Elements constitutifs du cadre institutionnel	Règles formelles, normes sociales, structures organisationnelles, cultures des entreprises	Existence et application de documents officiels (règlement intérieur chartes), présence d'un organigramme structuré et fonctionnel, nombres de formations sur les valeurs et normes institutionnelles et nombre de signalements liés à des dysfonctionnements.	Powell, W.W., & DiMaggio, P.J. (1991). <i>The New Institutionalism in Organizational Analysis</i> .
	Le cadre institutionnel en médico-social	Acteurs et missions spécifiques au médico-social	Taux de formations des professionnels sur les thématiques médico-sociales, temps dédiés à l'accompagnement personnalisé des usagers et taux de satisfaction des usagers concernant l'accompagnement personnalisé.	Kaplan, R.S. et Norton, D.P. (1992) <i>The balanced scorecard-measures that drive performance</i>
Formation	Contenu pédagogique	Qualité du contenu pédagogique	Taux de satisfaction des apprenants (%)	Anderson, L.W., & Krathwohl, D.R. (2001). <i>A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing</i> .

Méthodes d'apprentissage	Diversité des méthodes utilisées (présentiel/à distance)	% de sessions interactives	Kolb, D.A. (1984). <i>Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development</i> .
Accessibilité	Accessibilité des supports (temps, espace, numérique)	Nombre d'heures accessibles en ligne	UNESCO (2020). <i>Rapport sur l'apprentissage numérique</i> .
Compétences acquises	Niveau des compétences post-formation	Résultats aux évaluations (notes moyennes)	Bloom, B.S. (1956). <i>Taxonomy of Educational Objectives</i> .
Taux de participation	Engagement des apprenants	Taux de présence ou participation (%)	OECD (2019). <i>Skills for the Digital Era</i> .
Coût	Adéquation coût-bénéfice	Coût moyen par apprenant	Kirkpatrick, D.L. (1994). <i>Evaluating Training Programs: The Four Levels</i> .
Impact organisationnel	Amélioration des performances organisationnelles	Taux d'atteinte des objectifs stratégiques (%)	Phillips, J.J., & Stone, R.D. (2002). <i>How to Measure Training Results</i> .
Satisfaction	Satisfaction générale des parties prenantes	Note moyenne de satisfaction	Rae, L. (1999). <i>Using evaluation in training and development</i> .
Durabilité	Pérennité des acquis	Pourcentage d'utilisation des acquis à long terme	Gagné, R.M. (1985). <i>The Conditions of Learning and Theory of Instruction</i> .
Innovation	Utilisation de nouvelles technologies ou méthodes	% de formation utilisant des outils innovants	Salas, E., Tannenbaum, S.J., Kraiger, K., & Smith-Jentsch, K.A. (2012). <i>The Science of Training and Development in Organizations</i> .

	Acquisition des compétences	Apprentissage actif, l'expérience pratique et l'assimilation progressive des savoirs	Formation, apprentissage des personnes	Perrenoud, P. (1999) <i>Construire des compétences dès l'école</i> .
	Auto-efficacité	Sentiment de compétence	Auto perception de ses compétences	Bandura, A. (1997) <i>Self-efficacy: the exercise of control</i>
Accompagnement à la sexualité	Formation des professionnels	Existence de formations spécifiques	Pourcentage de professionnels formés	Frawley, P., & Bigby, C. (2014). <i>"I'm in their shoes": Experiences of peer educators in sexuality and relationship education</i> .
	Perception des professionnels	Acceptation et reconnaissance des besoins des résidents	Taux de satisfaction des résidents (%)	Cambridge, P. (1996). <i>Men with Learning Disabilities who have Sex with Men in Public Toilets</i> .
	Adaptation des outils pédagogiques	Présence de supports pédagogiques adaptés aux résidents	Nombre de supports spécifiques utilisés	Kelly, G. et al. (2009). <i>Rights, sexuality and relationships in Ireland: 'It'd be nice to be kind of trusted'</i> .
	Politique institutionnelle	Existence d'un cadre réglementaire clair	Nombre de directives et protocoles institutionnels	Frawley, P. et Wilson, N.J. (2016). <i>Young People with Intellectual Disability Talking About Sexuality Education and Information</i> .
	Engagement éthique	Respect des droits et dignité des résidents	Nombre d'incidents rapportés	UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) (2006), Article 23. Lien

Impact sur le bien-être des résidents	Amélioration du bien-être émotionnel et psychologique	Évolution des indicateurs de bien-être	Graff, H. et al. (2018). <i>Relationships and Sexuality: How is a Young Adult with an Intellectual Disability Supposed to Navigate?</i>
Collaboration interdisciplinaire	Interaction entre professionnels pour des approches adaptées	Nombre de réunions interprofessionnelles	Rushbrooke, E. et al. (2014). <i>The Experiences of Intimate Relationships by People with Intellectual Disabilities: A Qualitative Study.</i>
Prise en compte des besoins des résidents	Identification des besoins individuels	Nombre d'évaluations personnalisées réalisées	Whittle, C., et Butler, C. (2018). <i>Sexuality in the lives of people with intellectual disabilities: A meta-ethnographic synthesis of qualitative studies.</i>

Annexe 7 : Grille d'entretien qualitatif semi-structuré

Ordre	Thèmes	Questions
1	Etat des lieux sur l'accompagnement à la sexualité	De quel manière la sexualité est-elle abordée dans votre structure ?
	Question de relance (si besoin)	Quel professionnel aborde la sexualité des résidents dans votre structure ? et que mettent-ils en place ?
2	Freins / difficultés dans la pratique	Quels freins ou difficultés avez-vous déjà rencontré dans votre pratique à ce sujet ?
3	Ressources	Quel leviers identifiez vous pour accompagner au mieux les résidents dans leur sexualité ?
4	Soutien institutionnel	Comment décririez-vous le soutien que votre institution vous apporte pour accompagner la sexualité des résidents ?
5	Pistes d'amélioration de l'accompagnement à la sexualité	Selon vous, comment les institutions pourraient-elles améliorer leur soutien dans l'accompagnement à la sexualité des résidents ?

Annexe 8 : Tableau d'analyse thématique du *focus group*

	Thème 1 : La sexualité abordée uniquement en cas de problème	Thème 2 : Les freins à l'accompagnement à la sexualité	Thème 3 : Le soutien de l'institution	Thème 4 : Les leviers pour améliorer l'accompagnement à la sexualité	Thème 5 : Les recommandations pour améliorer le soutien institutionnel
E1 : Ergothérapeute en EHPAD. Référénte régionale Provence Alpes Maritimes des rééducateurs du groupe EMEIS et coordinatrice territoriale de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes	L60-64 La sexualité est surtout abordée en réunions pluridisciplinaires, lorsqu'elle est observée dans les unités de soins adaptées. Ce sont les professionnels soignants qui la font remonter par observation. Pas de dispositifs formels, le traitement du sujet est réactif, pas anticipé.	L125-134 Freins liés à l'absence de procédures dans les grands groupes privés (Emeis). Enjeux liés au consentement, surtout avec les résidents atteints de troubles cognitifs. Manque de formations sur le sujet, réflexion laissée aux équipes locales.	L205-216 La direction n'intervient que si une plainte de la famille survient, notamment lorsque des résidents ont des relations tout en étant mariés sans le savoir (troubles cognitifs). Dans ce cas, la direction transmet le problème à l'équipe pour discussion. La direction n'est pas formée à ces questions et ne sait pas comment réagir. Les familles, en particulier les enfants ou petits-enfants, jouent un rôle important dans le déclenchement d'une réponse institutionnelle.	L268-283 Elle propose de mettre en place des groupes de réflexion sur la sexualité, notamment dans les réunions régionales ou nationales entre ergothérapeutes. Elle suggère aussi d'impliquer les familles, via le Conseil de la Vie Sociale (CVS), puisque ce sont souvent elles qui posent problème. Ce sujet n'a jamais été abordé dans les séminaires actuels, mais elle estime qu'il serait pertinent de le faire.	L388-404 Souligne l'importance d'intégrer le sujet de la sexualité dans le projet personnalisé du résident. Explique que ce projet est souvent présenté devant la famille et la direction, ce qui peut être un frein à l'expression libre. Propose donc une sensibilisation de la direction, de l'administratif et des familles. Insiste sur la nécessité de tracer les discussions sur la sexualité dans le dossier, car la HAS (Haute Autorité de Santé) l'exige désormais lors des contrôles.

E2 : Ergothérapeute aujourd'hui en libéral, qui a travaillé plus de 10 ans en salariat dans des foyers d'accueil médicalisé et en EHPAD	Thème 1 : La sexualité abordée uniquement en cas de problème L51-59 Le sujet n'était pas abordé par la direction, seulement à l'initiative des résidents. Quelques anecdotes personnelles mais pas de traitement institutionnel structuré. La question surgit surtout dans des situations sociales (amitiés, affinités).	Thème 2 : Les freins à l'accompagnement à la sexualité L108-124 Pas de cadre ni structure au niveau institutionnel (expérience chez Korian). Seul avec la psychologue pour répondre aux situations. Le consentement était un enjeu fort, notamment dans la communication entre résidents. Autre frein : mobilité et limitations physiques.	Thème 3 : Le soutien de l'institution L200-204 Le soutien est informel : la direction laisse faire sans cadrer. Lui et la psychologue ont géré seuls les situations. Aucune procédure mise en place, pas d'encadrement du sujet par l'institution.	Thème 4 : Les leviers pour améliorer l'accompagnement à la sexualité L251-267 Deux leviers principaux : - Réflexion institutionnelle en amont, pour anticiper les demandes ou situations, au lieu d'attendre les incidents. - Favoriser l'ouverture à la parole : créer des espaces pour que les résidents se sentent libres de parler, sans forcer. Il regrette l'absence de réflexion dans son ancien groupe (Korian) et pense qu'un cadre aurait permis d'agir plus justement.	Thème 5 : Les recommandations pour améliorer le soutien institutionnel L366-387 Fait une synthèse des idées évoquées lors du focus group. Suggère que l'institution aborde le sujet dès l'admission, en demandant au résident s'il souhaite en parler. Met en avant les bonnes pratiques évoquées par les autres participants : référent sexualité, lieu dédié, évaluation cognitive, comportementale et motrice pour adapter l'accompagnement. Regrette que tout cela n'existait pas dans ses structures passées, où le sujet n'était abordé qu'en cas de problème.
---	---	--	---	---	--

	Thème 1 : La sexualité abordée uniquement en cas de problème	Thème 2 : Les freins à l'accompagnement à la sexualité	Thème 3 : Le soutien de l'institution	Thème 4 : Les leviers pour améliorer l'accompagnement à la sexualité	Thème 5 : Les recommandations pour améliorer le soutien institutionnel
E3 : Ergothérapeute en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), référente sexualité dans son lieu d'exercice	L41-50 Contrairement aux autres, elle décrit une organisation proactive : -Référénts sexualité (elle-même, éducateurs, APA, kiné). -Groupe "intimité-dignité" pour aborder librement les problématiques. -Les résidents viennent facilement en parler, que ce soit pour un problème ou non.	L80-89 Chambres doubles comme frein matériel majeur (dans toute la structure). Difficulté à préserver l'intimité. Le jugement des professionnels et la résistance à la formation sont des obstacles importants.	L189-199 Soutien présent mais limité et flou : la direction veut bien faire mais ne sait pas comment. Elle est tiraillée entre le cadre légal, le bien-être du résident et la pression des familles. Les actions menées par l'équipe sont tolérées mais peu accompagnées activement.	L306-315 Elle partage une situation similaire à E4, où une résidente utilisait des crayons pour ses plaisirs solitaires. L'équipe a travaillé ensemble pour proposer des alternatives sécurisées, grâce à l'ouverture des professionnels (éducateurs, aides-soignants). Elle souligne l'importance de la formation et de la collaboration transdisciplinaire. Elle mentionne aussi que les CVS peuvent être des espaces d'échange utiles.	L405-418 Met en avant l'aménagement architectural comme point d'amélioration, notamment le passage des chambres doubles en chambres individuelles. Encourage l'inclusion des familles dans le projet d'accompagnement personnalisé. Mentionne l'importance du travail en pluridisciplinarité pour lever le tabou. Partage l'expérience du groupe "intimité-dignité", utile pour centraliser les situations et favoriser l'échange.

	Thème 1 : La sexualité abordée uniquement en cas de problème	Thème 2 : Les freins à l'accompagnement à la sexualité	Thème 3 : Le soutien de l'institution	Thème 4 : Les leviers pour améliorer l'accompagnement à la sexualité	Thème 5 : Les recommandations pour améliorer le soutien institutionnel
E4 : Ergothérapeute sur le secteur de la Haute Loire dans le 43, ergothérapeute à son compte qui intervient dans des établissements en tant que vacataire ou intervenante extérieure. Elle exerce dans une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) pour adultes des polyhandicaps, en EHPAD ainsi qu'en UEEA avec les enfants autistes	L36-40 Thème abordé seulement si un comportement pose problème. Pas de dispositif mis en place en amont. Approche curative et ponctuelle, pas de prévention ni d'accompagnement global.	L90-107 Professionnels mal à l'aise, souvent non formés. Formation à la sexualité pas prioritaire dans les budgets (manutention favorisée pour éviter les accidents du travail). Dilemme autour du consentement avec des personnes ayant de lourds troubles cognitifs ou de communication. Le niveau de compréhension de la sexualité diffère selon les résidents.	L217-243 La direction agit après coup, souvent suite à des incidents. Une tentative de mise en place de formation a été amorcée après sollicitation par une assistante sociale. Cas évoqué d'une résidente pensant qu'un résident était son mari : problème de consentement complexe. La direction a tenté une médiation avec la famille, mais cela montre bien que les situations restent mal encadrées.	L284-305 Elle insiste sur le fait que les freins peuvent devenir des leviers si on les accompagne bien. Les équipes motivées peuvent être des moteurs. Elle partage un exemple d'une résidente utilisant un foulard pour la masturbation, avec l'aide d'une éducatrice pour trouver des solutions plus adaptées et hygiéniques. Elle montre que l'investissement individuel d'un professionnel peut faire la différence.	L419-437 Recommande d'encourager les échanges entre établissements pour partager les pratiques et s'enrichir mutuellement. Note la différence entre établissements publics et privés, notamment en termes d'organisation. Souligne que des rencontres entre ergothérapeutes permettent de découvrir des solutions déjà mises en place ailleurs. Montre un réel intérêt pour l'ouverture culturelle et institutionnelle.

E5 : Ergothérapeute en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) avec un public plutôt adulte	Thème 1 : La sexualité abordée uniquement en cas de problème L65-75 L'accompagnement commence uniquement en cas de comportement problématique. Discussions en réunion pour définir si et comment intervenir. Aucune démarche individuelle ou de groupe mise en place. Le manque de cadre formalisé est assumé.	Thème 2 : Les freins à l'accompagnement à la sexualité L135-160 Les professionnels eux-mêmes (jugements, tabous personnels). La direction, qui craint les dérives si un espace est ouvert. Les capacités cognitives limitées des résidents, qui ne perçoivent pas toujours les relations amoureuses/sexuelles comme les professionnels.	Thème 3 : Le soutien de l'institution L174-188 La direction a conscience du vide juridique, éthique et technique, et exprime une volonté d'agir. Elle craint cependant les réactions de l'entourage, des familles, des tuteurs, surtout en lien avec des troubles cognitifs. Le soutien est en demi-teinte : la direction ne bloque pas, mais n'encourage pas activement non plus.	Thème 4 : Les leviers pour améliorer l'accompagnement à la sexualité L316-358 Leviers proposés : -Formation interdisciplinaire, pour harmoniser les connaissances entre soignants. -Création d'un lieu dédié à la sexualité ou à l'expression du besoin (notamment pour les externes sans intimité à domicile). -Désignation d'un référent sexualité. -Mise en place de procédures, de groupes de travail, et repérage des pratiques existantes ailleurs. -Le résident lui-même peut être un levier, en exprimant clairement ses limites dans le cadre du projet personnalisé.	Thème 5 : Les recommandations pour améliorer le soutien institutionnel L362-365 Reprend les leviers déjà cités (formation, lieu dédié) comme points d'action concrets. Ajoute l'idée de moyens architecturaux (ex : espaces d'intimité). Appelle à un soutien tangible, via des ressources, des outils, et une reconnaissance institutionnelle du sujet.
--	---	--	---	--	---

Résumé

Cette recherche étudie la place de l'ergothérapie dans l'accompagnement de la sexualité des résidents de plus de 18 ans en lieu de vie, un sujet encore souvent tabou malgré son impact sur la qualité de vie. L'objectif était d'identifier les freins, les leviers et les représentations professionnelles entourant cette thématique. Méthode : Une étude qualitative a été menée auprès de cinq ergothérapeutes à l'aide d'un focus group. La transcription de leurs propos a été analysée via l'analyse thématique. Résultats : Les ergothérapeutes expriment un intérêt réel pour cette dimension de l'accompagnement, mais se heurtent à un sentiment d'illégitimité, un manque de formation, et à l'absence de cadre institutionnel clair. Néanmoins, des initiatives émergent autour d'outils spécifiques, d'une approche éthique centrée sur la personne et d'un travail interdisciplinaire. La nécessité d'un soutien institutionnel et d'un positionnement plus affirmé de la profession est largement partagée. Ces résultats ont été comparés à une revue de littérature et une enquête quantitative. Les limites de l'étude tiennent au faible nombre de participants, à la zone géographique restreinte et au caractère sensible du sujet. Conclusion : Sur la base de ces données, nous pouvons tirer la conclusion suivante : l'accompagnement de la sexualité en institution représente un enjeu éthique, professionnel et humain pour les ergothérapeutes. En s'appuyant sur leurs compétences relationnelles et leur approche centrée sur la participation, ils peuvent jouer un rôle clé, à condition d'être mieux formés, soutenus et reconnus dans cette mission. Ce champ d'intervention mérite d'être davantage intégré aux pratiques de soin et aux politiques d'établissement.

Mots clés : Ergothérapie, Sexualité, Lieu de vie, Adultes, Accompagnement, Formation, Soutien institutionnel

Abstract

This study examines the role of occupational therapy in supporting the sexuality of residents over 18 in residential facilities, a subject that is still often taboo despite its impact on quality of life. The aim was to identify the obstacles, levers and professional representations related to this topic. Method: Five occupational therapists took part in a qualitative focus group study. Their transcripts were analyzed using thematic analysis. Results: Occupational therapists express a genuine interest in this dimension of support, but encounter a feeling of illegitimacy, a lack of training, and the absence of a clear institutional framework. Nevertheless, initiatives are emerging around specific tools, a person-centred ethical approach and interdisciplinary work. The need for institutional support and a more assertive positioning of the profession is widely shared. These results were compared with a literature review and a quantitative survey. The study was limited by the small number of participants, the restricted geographical area and the sensitive nature of the subject. Conclusion: Based on this data, we may draw the following conclusion : supporting sexuality in institutions represents an ethical, professional and human challenge for occupational therapists. Drawing on their interpersonal skills and participation-centred approach, they can play a key role, provided they are better trained, supported and recognized in this mission. This field of intervention deserves to be better integrated into care practices and facility policies.

Key words : Occupational therapy, Sexuality, Residential facility, Adults, Supporting, Formation, Institutional support