

Institut de Formation La Musse



L'accompagnement de l'ergothérapeute dans l'équilibre occupationnel des personnes âgées concernant la vie intime, affective et sexuelle au sein d'un EHPAD.

Mémoire d'initiation à la recherche



Figure 1 : Paul et Christine, de la série "L'Art de vieillir"

BEDIER Camille

CHANET PAYSSAN Catherine

Promotion 2023-2026

Maître de mémoire

Hôpital La Musse – Institut de Formation en Ergothérapie La Musse, Pôle de recherche

Saint Sébastien de Morsent, France



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

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

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

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

Article 1 :

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

Article 2 :

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

Texte

Article 3 :

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

Article 4 :

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

Je soussigné-e **BEDIER Camille**.....

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

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

Fait à **Evreux**.....

Le **25/04/2026**..... *signature*

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

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

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



07/10/2025

Attestation d'utilisation de l'intelligence artificielle générative

Travail individuel

Je soussigné(e) BEDIER Camille atteste



NIA

Ne pas avoir eu recours
à l'IA



GJA

Avoir généré ce travail
par l'IA



AIA

Avoir utilisé partiellement
l'IA

Si vous avez utilisé l'IA c'est à des fins de :

Nom du/des sites utilisés

<input checked="" type="checkbox"/> Corrections orthographiques	Quilbot
<input type="checkbox"/> Formulations – reformulations	
<input type="checkbox"/> Créations de titres	
<input type="checkbox"/> Structurations de paragraphes	
<input type="checkbox"/> Recherche de thématiques	
<input type="checkbox"/> Recherche de bibliographie	
<input type="checkbox"/> Autre(s), précisez :	

Je certifie avoir vérifié et corrigé l'ensemble du contenu et en assumer l'entière responsabilité.

Le 25/04/2026

A Evreux.....

Signature

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement Yvanna, Léo, Lorelei et Charlotte, qui ont contribué à rendre ces années d'études particulièrement agréables, enrichissantes et riches en souvenirs.

J'adresse ma sincère reconnaissance à Madame CHANET PAYSSAN Catherine, ma maître de mémoire, pour la qualité de son accompagnement, sa disponibilité et ses conseils avisés tout au long de la réalisation de ce travail.

Je souhaite également remercier l'ensemble de mes tuteurs de stage, et plus particulièrement OGE Julie et SEY Juliette, pour leur accompagnement bienveillant. Leur soutien m'a permis de construire progressivement une identité professionnelle solide, de mieux cerner mes compétences et de prendre davantage confiance en mes capacités.

Je remercie également l'école, pour son accompagnement, son écoute et son suivi tout au long de notre parcours, qui ont grandement contribué à la réussite de ces années d'études.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers ma famille, et tout particulièrement mes parents, mes sœurs et mon conjoint, pour leur soutien constant. Leur présence, leurs encouragements et leur confiance ont été essentiels tout au long de ces trois années, et plus particulièrement lors de la réalisation de ce mémoire.

Enfin, je remercie sincèrement les ergothérapeutes qui ont accepté de s'intéresser à mon sujet et de répondre à mes questions lors des entretiens. Leur disponibilité et la richesse de leurs apports ont permis d'enrichir ce travail.

Citation

« Dès qu'on fréquente un peu les vieillards, on se rend compte que toutes les passions de la jeunesse et de l'âge mûr sont là. Seulement c'est souvent sous une forme très tragique, parce que justement ces passions ils ne peuvent plus les assouvir. »

Simone de Beauvoir, dans le film *Promenade au pays de la vieillesse*, 1974.

Sommaire

Liste des abréviations	
1. Introduction.....	1
2. Cadre contextuel.....	2
3. Cadre conceptuel.....	3
3.1 Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	3
3.1.1 Définition, missions et organisation	3
3.1.2 Condition de vie des résidents	4
3.2 La vie intime, affective et sexuelle.....	5
3.2.1 Définition : intimité, affectivité, sexualité	5
3.2.2 VIAS et vieillissement : représentations, réalités, besoins.....	6
3.2.3 VIAS en EHPAD : chartes et recommandations	8
3.2.4 Obstacle à l'expression de la VIAS.....	9
3.3 L'ergothérapie en EHPAD	11
3.3.1 Définition et rôle.....	11
3.3.2 Ergothérapie en gériatrie	11
3.3.3 VIAS comme occupation signifiante : enjeux professionnels.....	12
3.4 L'équilibre occupationnel	14
3.4.1 Définition.....	14
3.4.2 Perturbations de l'équilibre occupationnel chez les personnes âgées en institution	15
3.4.3 Lien entre équilibre occupationnel et VIAS.....	16
3.5 Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel	18
3.5.1 Composantes du modèle : personne, environnement et occupation	18
3.5.2 Intérêt du MCREO dans l'analyse de la VIAS.....	19
3.5.3 Application en contexte EHPAD	19
4. Cadre expérimental.....	20

4.1	Question de recherche	20
4.2	Hypothèses	21
5.	Cadre méthodologique	22
5.1	Type de recherche	22
5.2	Population et contexte d'étude	23
5.3	Critères d'inclusion et d'exclusion	23
5.4	Choix de l'outil de recueil de données.....	23
5.5	Démarche de recrutement	24
5.6	Présentation des interviewés	25
6.	Analyse.....	25
6.1	Représentations de la VIAS chez la personne âgée en EHPAD.....	26
6.2	Lien entre VIAS et équilibre occupationnel	27
6.3	Utilisation des modèles conceptuels en ergothérapie comme soutien dans la prise en soin	28
6.4	Prise en compte de la VIAS dans la pratique professionnelle.....	29
6.5	Influence des représentations sociales sur les pratiques.....	30
6.6	Apports et limites de la formation initiale.....	33
7.	Discussion	36
7.1	Réponses aux hypothèses.....	36
7.1.1	Hypothèse 1	36
7.1.2	Hypothèse 2	37
7.2	Biais et limites	39
7.3	Perspectives envisagées	40
7.4	Projection professionnelle.....	41
VIII.	Conclusion	43
	Bibliographie.....	
	Annexes	

Tables des illustrations

Figure 1 : Paul et Christine, de la série “L’Art de vieillir” de Arianne CLEMENT.....

Figure 2 : Stratégie d’intervention en ergothérapie et rendement occupationnel de Isabelle MARCHALOT.....18

Liste des abréviations

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

VIAS : Vie intime, affective et sexuelle

MOH : Modèle de l'occupation humaine

MCREO : Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel

MCPO : Modèle canadien de la participation occupationnelle

MCRO : Mesure canadien du rendement occupationnel

PA : Personne âgée

1. Introduction

La vie intime, affective et sexuelle (VIAS) constitue un aspect fondamental de la dignité humaine, quel que soit l'âge ou le niveau d'indépendance et d'autonomie. Pourtant, ce domaine reste largement tabou, en particulier dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendante (EHPAD), où il est encore peu abordé en ergothérapie. Pourtant, les modèles de référence en ergothérapie, comme le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO) ou le Modèle de l'occupation humaine (MOH), reconnaissent pleinement la VIAS comme une occupation humaine fondamentale. Cette reconnaissance invite donc les ergothérapeutes à considérer la VIAS dans leur évaluation et leur accompagnement.

Fin 2019, on recensait environ 730 000 personnes vivant en EHPAD, une population en constante augmentation.¹ Ces résidents sont souvent perçus comme fragiles ou malades, ce qui conduit parfois la société à les infantiliser et à ignorer leurs besoins de VIAS. Dans ce contexte, les individus en EHPAD se heurtent à de nombreuses difficultés pour préserver leur VIAS entre les contraintes institutionnelles et les représentations sociales. Ce conflit entre la vie en un établissement médicalisé et le maintien d'un espace personnel interroge la notion de l'équilibre occupationnel. Nous pouvons nous demander comment l'ergothérapeute peut accompagner la vie intime, affective et sexuelles des résidents au sein d'un EHPAD ?

Cette réflexion propose d'explorer le rôle de l'ergothérapeute dans la promotion de cet équilibre occupationnel, en prenant en compte la VIAS en EHPAD. Cette réflexion n'est pas venue par hasard, elle vient de notre expérience personnelle. Ce mémoire présente d'abord le cadre contextuel et conceptuel de l'étude autour de l'EHPAD, de la VIAS et de l'ergothérapie. Il expose ensuite la méthodologie de recherche, avant d'analyser et discuter des résultats obtenus.

Il est fondamental d'indiquer que dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche, nous utiliserons le « nous de modestie » pour conserver la neutralité réflexive.

¹ (Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, s. d.).

2. Cadre contextuel

Lors d'un stage dans un service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH), d'une durée de deux mois, nous avons suivi une ergothérapeute dans la prise en soin à domicile de personne traumatisée crânienne. Durant ce stage nous avons été confrontés à une difficulté particulière, aborder la question de la vie intime, affective et sexuelle (VIAS) avec une patiente lors d'une évaluation d'entrée. Ce n'est pas une thématique que l'on pense spontanément à intégrer dans l'accompagnement, et pourtant, elle fait pleinement partie des occupations humaines essentielles. Nous ne nous sentions pas à l'aise de l'interroger directement sur d'éventuelles difficultés en lien avec sa VIAS, alors nous avons préféré passer par un médiateur. De ce fait, nous nous sommes appuyés sur l'outil OT Hope pour trouver un cadre me permettant d'aborder ce sujet avec davantage de facilité. Avec du recul, nous nous sommes rendu compte que les barrières venaient principalement de nous. En tant que future ergothérapeute, il nous semble dommage de ne pas me sentir totalement à l'aise avec une occupation aussi fondamentale. Cette expérience nous a profondément interpellée, en nous questionnant sur la raison de cette réticence, alors que la VIAS est une composante centrale de la vie. Par ailleurs, nous avons choisi notre sujet actuel après avoir réorienté notre sujet initial, qui portait sur la VIAS en milieu carcéral. Nous avons été amenées à recentrer notre réflexion, en conservant soit la thématique de la VIAS, soit celle du milieu carcéral. Nous avons finalement opté pour la VIAS, mais en modifiant le public cible. En effet au lieu des détenus, nous nous sommes intéressés aux personnes âgées vivant en EHPAD. Ce choix est motivé par notre projet professionnel, puisque nous souhaitons exercer dans ce type de structure après l'obtention de notre diplôme. De plus, lors de notre stage en EHPAD, nous n'avons jamais eu l'occasion d'aborder cette thématique avec les patients. Cela nous a amenée à nous interroger sur comment les ergothérapeutes prennent en compte la VIAS dans l'accompagnement des personnes âgées ?

3. Cadre conceptuel

Afin d'explorer cette question de départ, nous avons mené des recherches bibliographiques nous éclairant sur les divers concepts, les données épidémiologiques et les définitions relatives à notre sujet.

Nous allons définir successivement les concepts suivants : d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, de vie intime, affective et sexuelle, d'ergothérapie, d'équilibre occupationnel pour conclure sur le modèle canadien de la participation occupationnelle.

3.1 Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

3.1.1 Définition, missions et organisation

Les EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) sont des structures médicalisées destinées à accueillir des personnes âgées (PA) en perte d'autonomie et d'indépendance. Ils peuvent être publiques, associatifs ou privés. Ces établissements, qui comptent généralement entre 50 et 120 résidents apportent un cadre de vie adapté aux besoins des personnes fragilisées par l'âge et/ou par une maladie. La plupart du temps, les résidents disposent d'une chambre individuelle avec une salle de douche privative, bien que certaines structures proposent également des chambres doubles, notamment pour les couples ou pour les personnes souhaitant partager leur hébergement. Dans certains cas, des chambres simples mais communicantes peuvent aussi être mises à disposition des couples. La mission principale des EHPAD est d'assurer un accompagnement global, visant à préserver au maximum l'autonomie et l'indépendance des résidents tout en répondant à leurs besoins médicaux et sociaux. Cette prise en charge comprend des prestations hôtelière (hébergement, restauration, entretien), les soins médicaux et paramédicaux quotidiens, un accompagnement personnalisé dans les actes de la vie quotidienne, des animations et activités visant à maintenir le lien social des PA. Ces établissements s'adressent principalement aux PA de 60 ans et plus, nécessitant une aide humaine régulière pour accomplir les gestes du quotidien en raison de limitation physique et/ou mentale. Toutefois, des admissions peuvent être accordées à des personnes de moins de 60 ans sur dérogation, selon leur état de santé et leur niveau de dépendance. (*Les EHPAD*, 2016)

Nous avons présenté ce qu'est un EHPAD en France, nous allons à présent exposer les conditions de vie des résidents.

3.1.2 Condition de vie des résidents

Comme indiqué précédemment, les EHPAD sont généralement composés de chambres individuelles et de chambres doubles, en fonction de leur capacité d'accueil et des ressources disponibles. Toutefois, en raison d'un déséquilibre entre l'offre et la demande, le nombre de places en EHPAD est insuffisante au regard de l'augmentation du nombre de PA. De fait, l'espérance de vie des personnes augmentent au fur et à mesure des années. En effet, les plus de 75 ans représentent 10.4% de la population en 2024, avec une prévision d'atteindre 16.4% d'ici 2025. (*Synthese-EHPAD-quelle-offre-en-2024*, s. d.) Ce manque de place en institution va influencer le choix des PA en acceptant plus facilement d'être hébergées en chambre double, même si cela implique de renoncer partiellement à leur intimité. Effectivement, le fait que les établissements soient encore, pour certains, équipés de chambres doubles est perçu, y compris par le personnel, comme peu propice au respect de l'intimité. (Éloi & Martin, 2017). Cette concession de la chambre est souvent motivée par un besoin immédiat : le fait d'accéder à un environnement sécurisé et bénéficier d'un accompagnement adapté à la situation de dépendance dans les actes de la vie quotidienne, au détriment d'un besoin parfois nécessaire d'intimité. En outre, dans certaines conditions, les résidents ont la possibilité de verrouiller la porte de leur chambre, afin de préserver leur intimité. Toutefois, cette option n'est envisageable que si l'état cognitif de la personne le permet, notamment pour éviter les risques liés à la désorientation, à l'isolement ou à l'urgence médicale. En cas de troubles cognitifs importants, cette liberté peut être restreinte pour des raisons de sécurité. (*Sexual expression in nursing homes | QMU News | Queen Margaret University, Edinburgh*, s. d.)

Par ailleurs, les résidents disposent d'un droit à la personnalisation de leur espace de vie, notamment en chambre individuelle. En effet, il leur est souvent possible d'aménager leur chambre avec des objets personnels, des meubles ou des éléments décoratifs, ce qui contribue à maintenir un lien affectif avec leur passé et donc aider dans la transition du changement de lieu d'habitation.

Enfin, il est important de souligner que la chambre représente souvent le seul espace privé réel au sein de l'EHPAD. En dehors de cet espace, les résidents partagent des lieux communs tels que la salle à manger, les salons, les couloirs avec l'ensemble

des résidents. De même, il est essentiel de préciser que la chambre ne se limite pas à un espace de repos, elle devient également pour une partie des résidents un lieu de soin, dans lequel les professionnels de santé interviennent régulièrement (toilettes, soins infirmiers, surveillance médicale). Cette cohabitation entre espace personnel et lieu de soin peut parfois brouiller les repères entre vie privée et cadre institutionnel.

En raison de la perturbation de ses repères, le résident peut rencontrer des difficultés dans sa vie intime, affective et sexuelle. Nous allons désormais aborder cet aspect.

3.2 La vie intime, affective et sexuelle

3.2.1 Définition : intimité, affectivité, sexualité

Nous pouvons retrouver plusieurs définitions de la VIAS dans la littérature, mais nous avons retenu celle qui nous a semblé la plus complète et la plus claire. Nous allons définir les différentes notions de la VIAS selon le ministère du parcours handicap:

« La vie intime concerne les pensées, le corps, les parties intimes, les fantasmes, les désirs, les relations amoureuses ou les pratiques sexuelles seules ou avec un, une ou plusieurs partenaires. »

« La vie affective fait référence aux sentiments, aux émotions, aux relations affectives, à l'amitié avec d'autres personnes. »

« La vie sexuelle ne caractérise pas forcément le rapport sexuel. La sexualité sensorielle et sensuelle peut satisfaire les besoins (caresses, baisers). Ces pratiques sexuelles peuvent apporter plusieurs formes de plaisir, y compris l'orgasme. La vie sexuelle peut s'exprimer de différentes manières ou se décliner différemment selon chaque personne. Tels que faire l'amour et/ou avoir des relations sexuelles sans nécessairement avoir des sentiments ; caresser le corps ou le sexe du partenaire ; la masturbation... » (*Vie intime, affective et sexuelle des personnes en situation de handicap*, s. d.)

Comme nous pouvons le remarquer, la VIAS constitue une notion vaste, englobant des dimensions allant de l'amitié à la sexualité avec autrui. Dans ce mémoire, l'attention sera portée plus spécifiquement sur la sexualité des personnes âgées, en tant que source d'affection et de besoin d'intimité dans leur vie quotidienne.

La VIAS concerne également les personnes âgées malgré des représentations sociales qui tendent à l'oublier.

3.2.2 VIAS et vieillissement : représentations, réalités, besoins

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un individu est considéré comme « personne âgée » à partir de l'âge de 60 ans. Cependant l'OMS indique que la définition dépend du contexte : « l'entrée en vieillesse ne se réfère à aucun âge particulier mais à un état d'incapacité fonctionnelle éprouvé subjectivement ou objectivement. » (*fiche_pedagogique_personnes_agees_certification.pdf*, s. d.)

De plus « Du point de vue biologique, le vieillissement est le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès. Ces changements ne sont ni linéaires ni réguliers et ne sont pas étroitement associés au nombre d'années. La diversité observée à un âge avancé n'est pas le fruit du hasard. Au-delà des changements biologiques, le vieillissement est aussi associé à d'autres transitions de vie comme le départ en retraite, la réinstallation dans un logement plus adapté et le décès des amis ou du partenaire. » (*Vieillesse et santé*, s. d.)

Notre sujet met en lumière l'importance des tabous et des représentations de la société dans notre façon de penser. Par conséquent prenez quelque seconde pour vous imaginer un enfant qui pratique le foot, vous avez pensé à un garçon, non ? Ce réflexe montre à quel point nos représentations sociale sont ancrées. Pourtant, rien ne vous empêchait d'imaginer une fille jouer au foot.

Parlons dorénavant des représentations sociales concernant les personnes âgées. Certains individus pensent que vieillir est atteindre la fin de son existence. Le vieillissement apparaît alors comme la ligne d'arrivée de la vie. De cette idée-là, les PA sont vues comme fragiles, dépendantes voire séniles. Par conséquent, certains pensent que « Les personnes âgées n'ont pas de sexualité »² Pourtant pour Foucart la vieillesse n'est rien d'autre qu'une construction sociale (Foucart, 2003). Comme le dit Pierre Bourdieu « On est toujours le vieux ou le jeune de quelqu'un », c'est aussi

² (*Changer de regard sur la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS pour mieux les accompagner*, s. d.)

une construction historique et culturelle. ((PDF) « *La jeunesse n'est qu'un mot* ». A propos d'un entretien avec Pierre Bourdieu, s. d.)

Malgré les représentations sociales, chaque individu doit être vu comme il est vraiment avec ses besoins et non en fonction de ce qu'il représente, que ce soit avec son physique, son âge, son sexe... Delà une citation fait sens, « Aucun ancien ne mérite d'être réduit à des mots... » (Ranchin, 2013)

D'autre part, selon l'OMS : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés ». (Santé et al., s. d.)

De plus, la définition de la santé sexuelle selon l'OMS souligne l'aspect positif de l'activité sexuelle, car elle contribue à une vieillesse plus épanouie. La sexualité serait bénéfique pour la santé. En effet elle facilite le sommeil, soulage la douleur chronique, réduit les effets de la ménopause et les problèmes d'incontinence et diminue les risques de cancer de la prostate. (Dupras, 2016) et (Bereder, 2023)

Enfin, une étude a été menée par 7 chercheurs, dirigée principalement par Edward O.Laumann, sur la sexualité dans le monde auprès de 26 000 personnes âgées de 40 à 80 ans dans 29 pays. Cette étude rapporte qu'un grand nombre d'aînés demeurent concernés par la sexualité. De fait, 79 % des hommes et 65 % des femmes de 60 à 69 ans mentionnent que la sexualité les intéresse toujours. C'est également le cas pour 64 % des hommes et 37 % des femmes de 70 à 79 ans. Cette même enquête rapporte que 42 % des hommes et 23 % des femmes âgés de 60 à 69 ans disent avoir des relations sexuelles au moins une fois par semaine, de même que 26 % des hommes et 24 % des femmes âgés de 70 à 79 ans. (Laumann et al., 2005)

Les personnes âgées ressentent le besoin de continuer à vivre leur VIAS en toute liberté. Toutefois, en EHPAD, en raison du cadre institutionnel et du statut de lieu de soin, on peut se demander si le gouvernement successifs et les législateurs ont pensés à mettre en place des dispositifs concernant la VIAS en EHPAD.

3.2.3 VIAS en EHPAD : chartes et recommandations

Face à ces stéréotypes, les politiques publiques s'emparent de cette problématique en réaffirmant les droits des personnes concernées. « la Charte ISA, publiée le 9 novembre 2023 promeut une approche globale qui reconnaît le droit à la sexualité, le respect de la vie privée, la liberté affective et sexuelle, tout en insistant sur la nécessité d'adapter l'accompagnement dans les établissements médico-sociaux. Parallèlement, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié, le 12 février 2025, de nouvelles recommandations sur l'accompagnement de la vie intime, affective et sexuelle en ESSMS (Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux) se basant sur l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles. Ces deux documents se rejoignent pour encourager une approche positive de la sexualité, la mise en place de bonnes pratiques et la formation des professionnels de santé et du secteur social et médico-social. » (« Vie affective intime et sexuelle en Ephad - ISA », s. d.). Les recommandations pour les personnes accompagnées en ESSMS ont plusieurs objectifs importants. Tout d'abord elles visent à leur permettent de participer activement à leur parcours, de faire leurs propres choix, de connaître et d'exercer leurs droits, notamment en ce qui concerne la VIAS. L'un des buts est aussi d'améliorer leur qualité de vie quotidienne. Il est important de prendre en compte leurs envies et leurs attentes de façon personnalisée, en respectant chaque personne. D'autres part, le développement ou le maintien de leur autonomie est aussi un point essentiel. Cela passe par un accompagnement adapté qui peut inclure de la formation pour tous les acteurs (professionnels, personnes accompagnées et proches), des échanges avec les professionnels et un meilleur accès à l'information. Les sujets abordés peuvent concerner leurs droits, leurs libertés, leurs responsabilités, mais aussi que la vie relationnelle, affective, la santé sexuelle ou encore les risques et les bénéfices liés à la VIAS. Enfin, la prévention des violences sexistes et sexuelles fait aussi partie des priorités, tout comme le fait de bien identifier les personnes ou les structures qui peuvent aider ou conseiller les personnes accompagnées. Il est fondamental de préciser que « La VIAS a un impact positif sur les relations interpersonnelles, la santé physique et mentale, l'espérance de vie et la qualité de vie. Les liens sociaux et émotionnels qu'elle favorise sont fondamentaux. Il faut donc considérer la VIAS comme signal positif de santé et créer une dynamique positive autour d'elle. »

(accompagner_la_vie_intime_affective_et_sexuelle_des_personnes_en_essms_vol et_1_socle_transversal_rbpp.pdf, s. d.)

Malgré les recommandations du gouvernement des obstacles à la VIAS persistent en EHPAD.

3.2.4 Obstacle à l'expression de la VIAS

Plusieurs obstacles peuvent apparaître pour une expression d'une VIAS dite « satisfaisante » pour la personne, bien que les droits des individus soient reconnus par le Secrétariat d'Etat chargée des personnes handicapées.³

D'une part, les professionnels dans les établissements peuvent avoir une vision infantilisante des résidents. Les résidents sont parfois perçus comme des personnes asexuées ou dépendantes, ce qui empêche leur droit à une vie affective et sexuelle. (Castaldo et al., 2025)

D'autre part, les professionnels peuvent rencontrer des difficultés pour la gestion des comportements liés à la maladie (Alzheimer, démence). Ces maladies peuvent amener des confusions entre sexualité consentie et comportement inapproprié. Il peut être difficile de distinguer les comportements sexuels consentis, et les manifestations inappropriées liées à des maladies. Ce qui complique la gestion et la reconnaissance des besoins affectifs et sexuels pour les professionnels. (*Sexual expression in nursing homes | QMU News | Queen Margaret University, Edinburgh*, s. d.) et (Auger et al., 2026)

Un autre obstacle peut surgir, celui-ci concerne la réticence des familles. Du fait que certains proches, peuvent difficilement accepter que leur parent reconstruise une VIAS à un âge avancé. En effet beaucoup de personnes ont du mal à imaginer les membres de leur famille comme des êtres ayant encore une vie sexuelle. Cela vient du fait que la sexualité des aînés est perçue comme quelque chose de gênant ou interdit. A travers le vieillissement, on préfère voir les personnes âgées comme des corps malades ou fatigués, et non comme des personnes capables de ressentir du désir. Comme le note Ribes (2009), « la désexualisation des aînés a marqué et marque encore le fossé entre le monde des "adultes" et celui des "vieux". (Ribes, G. 2009) et (*Sexualité, handicaps et vieillissement*, s. d.)

³ (Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - 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., s. d.)

Les nouvelles relations amoureuses des PA peuvent aussi poser un problème dans la famille. Lorsqu'une PA retrouve l'amour après la mort de son conjoint, cela peut être vécu comme une trahison du défunt. La famille rencontre donc des difficultés pour accepter cette nouvelle relation. Cela peut engendrer un sentiment de culpabilité chez une PA. Par crainte de blesser ses enfants, elle peut alors renoncer à entamer une nouvelle relation amoureuse sous l'effet de pressions sociales et familiales. (Lambelet et al., 2019)

De plus, cette situation n'est pas perçue de la même façon selon le sexe de la personne. En effet, la sexualité des hommes âgés est souvent mieux acceptée que celle des femmes âgées, qui est plus critiquée et jugée négativement. Le rejet de la sexualité des PA est aussi lié à l'image du corps. Les corps vieillissants sont associés à la douleur, à l'aspect de la peau, à la maladie et aux difficultés physiques, ce qui va à l'encontre des modèles de beauté mis en avant par la société. Les changements du corps peuvent être difficile à vivre car cela touche l'image que la personne a d'elle-même et peuvent transformer le désir sexuel en source d'inquiétude. En effet, l'accélération de la respiration, du rythme cardiaque peuvent faire craindre que le corps ne supporte pas le rythme du désir. (Quentin, 2012) et (Bereder, 2023)

Bien que pour certaines PA la VIAS est une occupation importante, il est fondamental de considérer que le souhait d'accompagnement de cette occupation n'est pas voulu par tous. Pour d'autres, la VIAS peut être perçue de manière négative, souvent en raison d'un manque d'information ou le vécu d'expériences traumatisantes, qui peuvent altérer leur rapport au corps et à autrui. Face à cette diversité de vécus et de besoins, il est essentiel de mettre en place un accompagnement individualisé, respectueux des désirs, du rythme et des capacités de chacun. Cet accompagnement doit prendre en compte non seulement les aspects physiques et psychiques, mais aussi le développement psychosocial de la personne. Le tout doit s'inscrire dans une relation fondée sur la confiance, l'écoute et la bienveillance. (*Changer de regard sur la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS pour mieux les accompagner*, s. d.)

L'ensemble de ces obstacles entraîne des répercussions négatives sur le pouvoir d'agir de la personne, également appelé *empowerment*. Le pouvoir d'agir correspond à la capacité d'un individu à influencer sa propre vie et son environnement, à faire des choix et à mettre en œuvre des actions afin d'atteindre ses objectifs. Or, chez la personne âgée, ce pouvoir d'agir est souvent négligé, notamment lorsque des

décisions sont prises à sa place, comme évoqué précédemment. Par conséquent, l'ergothérapie vise précisément à répondre à cette problématique en s'appuyant sur les objectifs personnels et les occupations significatives de la personne, afin de l'accompagner dans la réalisation de son projet de vie et de favoriser sa satisfaction.

3.3 L'ergothérapie en EHPAD

3.3.1 Définition et rôle

L'étymologie grecque du mot ergothérapie, *εργον*, « *ergon* » accolé à « *therapia* », signifie « thérapie par l'activité ». De là, l'ergothérapeute est un « Spécialiste du rapport entre l'activité et la santé, il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace. » (« Qu'est ce que l'ergothérapie », s. d.)

L'ergothérapeute a pour rôle d'élaborer des diagnostics et évaluer les intégrités, les lésions, les capacités de la personne ainsi que ses performances motrice, sensorielle, cognitives et psychique. Il peut analyser les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap. De plus ce professionnel peut concevoir des environnements sécurisés, accessibles, adaptés, évolutifs et durables. Il peut notamment concevoir et préconiser des aides techniques ainsi qu'aider les personnes à les utiliser. (DGOS_Michel.C & DGOS_Michel.C, s. d.)

Après avoir défini de manière globale le rôle de l'ergothérapeute, nous allons aborder ses compétences ainsi que son importance en gériatrie.

3.3.2 Ergothérapie en gériatrie

L'ergothérapeute auprès de PA participe à l'élaboration de leur projet de vie, en tenant compte de leurs habitudes de vie. À la suite d'une évaluation globale, il met en place des activités individuelles ou collectives permettant de préserver l'autonomie de la personne, comme un atelier prévention des chutes. L'objectif est de maintenir ou de restaurer un bon niveau d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne des personnes : la toilette, l'habillage, les activités de loisirs, les repas... En cas de perte d'autonomie, il accompagne la personne à trouver de nouvelles habitudes en adaptant les activités ou en proposant des moyens de compensation adaptés. Il peut aussi réaliser de la prévention des escarres qui fait partie intégrante de sa pratique. Il

accompagne les professionnels de la structure pour prévenir les risques liés à leur condition de travail (manutention, posture, gestes...) et donc contribuer à limiter les troubles musculosquelettiques. (*L'ergothérapeute*, 2023)

Dans l'accompagnement de la VIAS, l'ergothérapeute doit faire face à des enjeux professionnels.

3.3.3 VIAS comme occupation signifiante : enjeux professionnels

Avant d'aborder les enjeux professionnels, il convient de définir ce qu'est une occupation signifiante afin de mieux comprendre cette partie.

Une occupation signifiante est une activité qui a un sens personnel pour l'individu. Elle sollicite la personne « dans ce qu'elle a d'éminemment singulier et spécifique ». (DJAOUI, 2015) Il peut s'agir d'activités quotidiennes : préparer un repas, regarder la télévision... La réalisation de ces activités permet de satisfaire divers besoins psychiques tels que la sécurité, l'autonomie, la maîtrise de l'environnement, la reconnaissance, l'épanouissement personnel, l'estime de soi ou la créativité. Cependant, certaines occupations significatives peuvent se heurter à des obstacles intrapsychiques ou sociaux lorsqu'elles ne sont pas acceptées par la communauté ou par la personne elle-même. Ainsi, le caractère signifiant d'une occupation est étroitement lié à l'expérience individuelle et à la valeur que la personne lui attribue dans sa vie. (DJAOUI, 2015)

Lorsque la VIAS constitue une occupation ou un besoin signifiant, il est essentiel de pouvoir la prendre en compte. Cependant, « La plupart des études ont examiné les difficultés rencontrées par les ergothérapeutes et les étudiants en ergothérapie pour intégrer la sexualité à leur pratique. » (Auger et al., 2026)

Parmi 136 études analysées par une équipe de 5 chercheurs, principalement dirigée par Louis-Pierre Auger, 57 (41.9%) se concentraient sur ce thème en analysant différents facteurs personnels et environnementaux. Ces travaux soulignaient d'abord l'importance de la prise en compte de la sexualité dans le champ de l'ergothérapie, mise en évidence par 23 études sur 57. Cependant, plus de la moitié de ces recherches (31 sur 57) fait état d'un manque perçu de connaissances, de compétences et d'occasions de formation chez les ergothérapeutes et les étudiants en ergothérapie. Ces lacunes concernent notamment les abus sexuels durant l'enfance, la sexualité des personnes en situation de handicap ainsi que la diversité

sexuelle et de genre. En conséquence, près d'un tiers de ces études (18/57) rapportent un sentiment de gêne chez les professionnels et les étudiants lorsqu'ils abordent la sexualité avec leurs patients. Cette gêne se manifeste lors de l'initiation des échanges, dans la gestion de comportements sexuels inappropriés ou lors de la mise en œuvre d'intervention liées à la sexualité. Enfin, 20 études (35.1%) mettent en évidence une forte motivation à bénéficier de formations complémentaires. Ce besoin de formation continue est perçu dans ces études comme un levier essentiel pour renforcer les connaissances, le sentiment de compétence et la confiance des ergothérapeutes et des étudiants dans leur pratique actuelle ou future. (Auger et al., 2026)

Il en résulte que la VIAS est rarement abordée dans le cadre des formations en ergothérapie, malgré son importance majeure dans la qualité de vie des individus et leur équilibre occupationnel. De nombreux ergothérapeutes peuvent parfois se sentir mal à l'aise ou insuffisamment préparés pour engager cette discussion avec leurs patients, ce qui peut limiter la prise en soin holistique et personnalisée.

Pourtant, la prise en soin de la VIAS relève bien des compétences de l'ergothérapeute. En effet, le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière définit l'activité de l'ergothérapeute de la manière suivante : L'ergothérapeute évalue les déficiences, capacités motrice et performances motrices, sensorielles, cognitive et psychique de la personne, et analyse ses besoins, habitudes de vie et facteurs environnementaux pour poser un diagnostic ergothérapeutique. Il met en œuvre des interventions de rééducation, réadaptation et réhabilitation visant à maintenir ou restaurer l'autonomie, l'indépendance et la participation sociale. Il préconise des aides techniques, humaines ou environnementales et peut concevoir des appareillages adaptés pour favoriser l'intégration de la personne dans son milieu de vie. (De La Santé Et Des Sports, 2010)

Ces propos peuvent être illustrés par un exemple. Une PA peut ressentir le besoin d'avoir une VIAS. Avant son entrée en institution, la VIAS pouvait faire partie de ses habitudes de vie. Une fois en institution, ce besoin peut ne plus être satisfait pour la personne. L'ergothérapeute peut alors intervenir pour rétablir un équilibre occupationnel satisfaisant pour la PA.

Ainsi nous pouvons souligner que toutes ces actions citées montrent que l'accompagnement de la VIAS relève pleinement des compétences de l'ergothérapeute. De plus l'ergothérapeute a pour objectif de favoriser l'autonomie,

l'indépendance et la participation dans les occupations significantes. Une occupation significative, sollicite la personne "dans ce qu'elle a d'éminemment singulier et spécifique" (DJAOUI, 2015, p. 211).

Dans la mesure où il apparaît que la VIAS est une occupation significative pour une PA, l'ergothérapeute doit prendre en compte ce besoin dans son processus d'accompagnement. L'ergothérapeute joue bien un rôle dans la VIAS des PA, en agissant sur le plan fonctionnel, occupationnel et environnemental pour permettre l'expression de la VIAS dans le quotidien.

Le sexologue quant à lui agit sur le plan psychosexuel ou médical, pour traiter des troubles liés à la sexualité ou accompagner des questionnements identitaires ou affectifs. Ces deux professions ont un cadre d'intervention spécifique mais peuvent collaborer pour le bien être global de la personne.

La pratique professionnelle des ergothérapeutes est en constante évolution, en effet, il est essentiel d'indiquer que « le regard porté sur le handicap évolue. Il n'est plus seulement le fait d'un corps déficient et privé de capacité, il relève aussi de la représentation du sujet et des opportunités offertes par l'environnement. Le point de vue de l'ergothérapeute sur les situations des personnes s'en trouve modifié. D'une activité utilisée essentiellement pour solliciter une ou des fonctions corporelles ciblées, il complexifie peu à peu son analyse pour tenir compte de l'activité de la personne dans son milieu de vie et de la représentation qu'elle s'en fait. » (Charret & Samson, 2017)

Au regard des éléments évoqués précédemment, nous pouvons nous rendre compte que, malgré l'entrée en établissement, les personnes âgées doivent conserver autant que possible des occupations porteuses de sens, déjà présentes avant cette transition de lieu de vie et la VIAS peut en faire partie. En ergothérapie, cette répartition équilibrée des occupations est appelée l'équilibre occupationnel.

3.4 L'équilibre occupationnel

3.4.1 Définition

La notion d'équilibre a été introduite dès 1922 par Meyer comme une notion essentielle au cœur de la base philosophique en ergothérapie. « L'équilibre occupationnel se définit comme la juste répartition et proportion dans nos occupations, contribuant ainsi à notre état de bien-être, de stabilité et d'harmonie. » (Rousset, s. d.)

La perception de l'équilibre est personnelle, influencée par la culture, les valeurs et les attentes environnementales. (*LME_Sciences-de-loccupation-de-la-theorie-a-la-pratique_Mai2019_42.pdf*, s. d.).

En outre, l'ergothérapie adopte une approche holistique de la personne, ce qui rend indispensable la prise en compte de son avis et de sa perception de son quotidien. Il est nécessaire d'indiquer que l'équilibre occupationnel est un processus dynamique, c'est-à-dire qu'il évolue et se module en permanence. L'environnement autour de chacun va avoir une influence. Par environnement, on se réfère à des éléments tels que institutionnels (politiques, économique, financiers et culturels), humains (familiaux, sociaux et professionnels) et physiques naturels ou construits (bâtiment, technologie...). Chaque individu va évoluer tout au long de sa vie. Ses capacités (physiques, sensorielles, cognitives et affectives), ses croyances, ses connaissances, ses valeurs, ses besoins et ses intérêts vont également changer ce qui entraînera des modifications de son équilibre occupationnel. (Rousset, s. d.)

Ainsi, cette notion est un aspect central du bien-être, de la qualité de vie et la satisfaction des individus.

Chez les personnes âgées, cet équilibre est susceptible d'être perturbé et de se transformer en déséquilibre occupationnel en l'absence d'une prise en compte précoce de leurs besoins.

3.4.2 Perturbations de l'équilibre occupationnel chez les personnes âgées en institution

Lorsqu'une PA entre en institution, elle peut connaître un déséquilibre occupationnel en raison du changement de lieu de vie, passant du domicile à un établissement médico-social. Ses occupations habituelles sont alors amenées à changer ou à s'adapter à ce nouveau quotidien. Certaines activités, pourtant significatives pour la personne, peuvent progressivement disparaître. Non pas par le choix, mais en raison des contraintes ou du rythme imposé par ce nouvel environnement.

On considère une personne en déséquilibre occupationnel quand sa perception qu'il a de ses occupations, de leur diversité et de leur répartition au quotidien n'est pas satisfaisante pour lui. (Rousset, s. d.)

Le déséquilibre occupationnel peut toucher toute occupation du quotidien tels que la VIAS.

3.4.3 Lien entre équilibre occupationnel et VIAS

Dans notre démarche de réflexion, nous avons pu constater que la VIAS constitue une occupation signifiante à part entière, entraînant des répercussions directes sur la santé globale des individus.

Lorsque la personne ne peut plus vivre sa VIAS de manière satisfaisante, par exemple, en raison d'un changement d'environnement, son équilibre occupationnel peut être perturbé. En effet, une personne vivant à domicile dispose de ses propres repères et habitudes concernant la VIAS. Cependant, lors d'un passage en établissement, elle doit souvent s'adapter à une organisation institutionnelle structurée (horaires, espaces partagés, règles...), ce qui peut restreindre l'expression de la VIAS. Cependant la circulaire du 6 mai 1995, qui intègre la notion de l'intimité dans les EHPAD. Celle-ci mentionne que la personne hospitalisée peut recevoir dans sa chambre les visites de son choix en respectant l'intimité et le repos des autres patients. (*Le droit des usagers*, s. d.)

Ces changements peuvent altérer l'équilibre occupationnel de la personne et, par conséquent, affecter sa santé globale. En effet, « La VIAS a un impact positif sur les relations interpersonnelles, la santé physique et mentale, l'espérance de vie et la qualité de vie. Les liens sociaux et émotionnels qu'elle favorise sont fondamentaux. Il faut donc considérer la VIAS comme signal positif de santé et créer une dynamique positive autour d'elle. »

(*accompagner_la_vie_intime_affective_et_sexuelle_des_personnes_en_essms_vol et_1_socle_transversal_rbpp.pdf*, s. d.)

Certaines personnes peuvent ainsi ne plus parvenir à vivre leur VIAS de façon satisfaisante, entraînant une mauvaise répartition des occupations ainsi un déséquilibre occupationnel.

Pour prendre en soin les personnes, les ergothérapeutes disposent de modèles et d'outils spécifiques. Les modèles conceptuels, tels que le MCREO, offrent aux ergothérapeutes des repères et des outils pour aborder plus facilement la VIAS dans leur prise en soin. Une réflexion a toutefois été menée autour du Modèle canadien de la participation occupationnelle (MCPO). Néanmoins, le choix s'est finalement porté

sur le MCREO pour illustrer ce mémoire. Cette décision s'explique notamment par le fait que le MCPO demeure encore peu utilisé, ce qui rend difficile l'identification d'ergothérapeutes connaissant ce modèle encore en émergence. De plus, le MCREO nous semble particulièrement pertinent au regard de notre recherche, puisqu'il prend en considération l'engagement de la personne dans ses occupations, l'équilibre occupationnel ainsi que son niveau de rendement et de satisfaction. A l'inverse, le MCPO place la participation occupationnelle au centre de son approche, un aspect qui ne constitue pas l'objet principal de notre étude.

3.5 Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

3.5.1 Composantes du modèle : personne, environnement et occupation

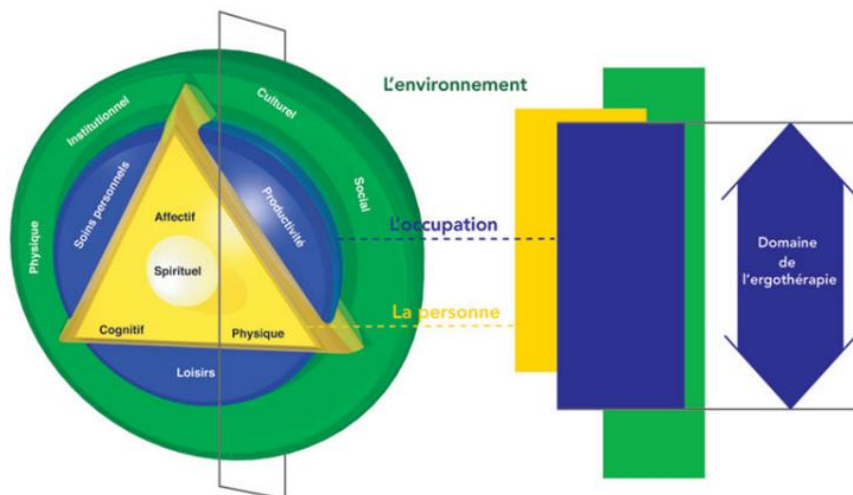


Figure 2 : Stratégie d'intervention en ergothérapie et rendement occupationnel de Isabelle MARCHALOT

Comme dit précédemment le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) reconnaît la VAIS comme occupation humaine fondamentale. La Mesure canadien du rendement occupationnel (MCRO) est un outil d'intervention centré sur la personne, qui accorde une attention particulière à ses occupations et à leur signification. Il place l'individu au cœur de la démarche, en tenant compte de l'interaction entre la personne, ses activités, son environnement, ainsi que du sens qu'elle attribue à sa vie et de son état de santé. Ce modèle repose sur une approche subjective, basée sur un entretien semi-structuré. Celui-ci permet de recueillir le point de vue de la personne concernant l'importance qu'elle accorde à ses occupations, sa perception de son rendement occupationnel dans leur réalisation, ainsi que le degré de satisfaction qu'elle en retire. Grâce à cette méthode, il devient possible de suivre l'évolution de ses capacités occupationnelles au fil du temps et d'identifier les éventuels changements. En mettant en lumière les difficultés rencontrées dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (AVQ), la MCRO se révèle être un outil pertinent pour orienter les actions professionnelles, adapter l'accompagnement et favoriser le maintien ou le développement de

l'autonomie et de l'indépendance. (*LME_Sciences-de-loccupation-de-la-theorie-a-la-pratique_Sept2019_43_1.pdf*, s. d.)

Ce modèle se base sur 3 composantes : la personne, l'environnement et l'occupation. La composante « personne » regroupe la dimension affective (motivation, émotions, estime de soi), la dimension cognitive (mémoire, attention, jugement), la dimension physique (capacités motrices et sensorielle) et la dimension spirituelle (le sens donné à la vie et aux occupations).

Pour la composante « environnementale », il y a les dimensions physique (aménagement, accessibilité et sécurité du logement), la dimension institutionnelle (règlement en EHPAD, rythme), la dimension culturelle (valeur, tradition et habitude de vie) et la dimension sociale (famille, personnel et les autres résidents).

Pour la composante « occupationnelle », le MCREO va la classer en trois catégories. En effet, nous retrouvons les soins personnels, la productivité et les loisirs. (« Modèles conceptuels en ergothérapie », s. d.)

3.5.2 Intérêt du MCREO dans l'analyse de la VIAS

Le MCREO considère la personne dans sa globalité : affective, cognitive, physique et spirituelle. Il reconnaît que chaque personne a besoin de s'engager dans des occupations significatives pour préserver son bien-être. Dans les EHPAD, la VIAS fait partie de ces occupations fondamentales pour certains résidents. Il est important de préciser qu'une relation de confiance est importante entre le patient et l'ergothérapeute pour que celui-ci puisse échanger sur cette occupation qui reste tabou. De plus, les outils du MCREO, tels que la MCRO, offrent un cadre pour aborder la VIAS de manière structurée, en passant par un médiateur, et permettent ainsi à l'ergothérapeute de respecter les besoins et les souhaits du patient. La MCRO va permettre d'identifier avec le patient ses occupations significatives, son niveau de satisfaction et de rendement occupationnel.

3.5.3 Application en contexte EHPAD

Le MCREO permet de mettre en avant l'importance de l'équilibre occupationnel chez les PA. Ce modèle considère l'occupation comme un élément central de la santé et du bien-être, en tenant compte de l'interaction entre la personne, son environnement et ses occupations.

Chez les PA, le MCREO aide à analyser et à comprendre comment les changements liés à l'âge peuvent influencer la participation aux activités de la vie quotidienne. En s'appuyant sur ce modèle, les professionnels peuvent favoriser un équilibre occupationnel entre les activités de soins personnels, de productivité et de loisirs. Tout en veillant à respecter les capacités, les valeurs et les intérêts de chaque individu. L'équilibre occupationnel contribue au maintien de l'autonomie, de l'indépendance, du sentiment de compétence et de l'identité personnelle.

De plus, le MCREO met l'accent sur l'engagement occupationnel, en encourageant la participation active des PA dans des occupations qui ont du sens pour elles. En soutenant cet engagement, le modèle participe à la prévention de l'isolement social et à la promotion de la qualité de vie. Ainsi, le MCREO constitue un cadre de référence pertinent pour accompagner les PA dans le maintien d'un équilibre occupationnel favorable à leur bien-être.

Les recherches scientifiques entre 1983 et 1993 ont favorisé le développement du MCREO dans des secteurs diversifiés tels que l'accompagnement des personnes âgées. En pratique, l'ergothérapeute peut utiliser ce modèle pour évaluer les besoins, les envies et les capacités des résidents dans les occupations. Ce professionnel va pouvoir identifier les obstacles environnementaux que les patients rencontrent pour pouvoir réaliser de manière satisfaisante leurs occupations significatives. A la fin de l'entretien MCRO, l'ergothérapeute et la personne vont construire des objectifs centrés sur la personne en lien avec ses souhaits personnels. (Morel-Bracq et al., 2017)

4. Cadre expérimental

4.1 Question de recherche

Notre cadre conceptuel, nous a permis de confirmer que les personnes âgées sont confrontées à de nombreux tabous et représentations sociales imposés par la société. Pourtant, leurs besoins concernant la vie intime, affective et sexuelle demeurent bien présents et ne disparaissent pas, y compris en structure. Pour rappel, dans le monde, 64% des hommes et 37% des femmes de 70 à 79 ans déclarent que la sexualité les intéresse toujours. Dans cette même tranche d'âge, 26% des hommes et 24% des femmes ont des relations sexuelles au moins une fois par semaine. Cependant, des barrières peuvent empêcher l'atteinte d'un équilibre occupationnel satisfaisant pour la personne et donc de vivre dans un état complet de bien-être physique, mental et social.

L'ergothérapeute, en tant que professionnel paramédical centré sur les occupations de la personne, a un rôle primordial à jouer. En effet, il est essentiel qu'il s'intéresse à la VIAS, qui est considéré comme une occupation à part entière. L'ergothérapeute accompagne la personne dans les occupations pour lesquelles elle ne ressent pas une satisfaction suffisante. Ainsi lorsque des difficultés sont identifiées dans la VIAS, il doit prendre en soin la personne afin de l'aider à retrouver un équilibre occupationnel. A travers ces propos, on constate que le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels apparaît comme un des cadres de référence le plus pertinent, notamment par l'importance accordés à la satisfaction et à l'interaction entre la personne, son environnement et ses occupations.

Ainsi, à l'issu de ce recueil de données, nous pouvons établir cette question de recherche :

Comment les ergothérapeutes, dans leur pratique professionnelle, prennent-ils en compte la vie intime, affective et sexuelle pour préserver l'équilibre occupationnelle des personnes âgées résidant en EHPAD ?

4.2 Hypothèses

De cette question de recherche, nous avons établi deux hypothèses de recherche auxquelles nous répondrons grâce au cadre expérimental :

<u>Hypothèse 1</u>	<u>Hypothèse 2</u>
Le recours à des outils ergothérapeutiques issus de modèles conceptuels, tels que le MCREO, constitue un soutien pour l'ergothérapeute, favorisant une meilleure prise en compte de la VIAS et de l'équilibre occupationnel des personnes âgées en EHPAD.	La réflexion sur les représentations sociales liées à la VIAS est insuffisamment développée en formation initiale pour permettre aux ergothérapeutes d'aborder professionnellement cette thématique dans leur pratique auprès des personnes âgées résidant en EHPAD.

Objectif de la recherche

Les personnes âgées placées en EHPAD rencontrent des problématiques pour vivre leur VIAS en toute liberté. L'objectif de cette étude est de voir comment les ergothérapeutes se positionnent face à cette occupation pour aider les résidents à maintenir un bon équilibre occupationnel.

5. Cadre méthodologique

Dans cette partie dédiée à l'expérimentation, nous exposerons la méthodologie qui a été suivie pour la réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche. Les techniques de recueil de données seront présentées.

5.1 Type de recherche

Deux méthodes sont existantes pour réaliser une recherche : la méthode quantitative et la méthode qualitative. « L'approche quantitative correspond à la mobilisation de données généralement structurées sur un nombre important d'individus (en général supérieur à 100). Elle est utile pour mesurer des phénomènes et quantifier des liens entre les différents facteurs. Quant à l'approche qualitative, elle correspond à l'analyse de matériau généralement non structuré utile pour recueillir des perceptions complexes et comprendre en profondeur une situation donnée. » (Coron, 2020)

Pour notre recherche, nous avons choisis la méthode qualitative pour échanger sur les pratiques des ergothérapeutes auprès des personnes âgées en EHPAD. Ainsi, celle-ci va nous permettre de questionner sur la position des ergothérapeutes face à cette occupation et comment ils l'abordent dans leur prise en soin. En effet, nous pouvons penser que l'approche qualitative est la plus pertinente pour ce mémoire car elle permet d'explorer le point de vue et l'expérience des ergothérapeutes sur la VIAS des PA.

Deux approches sont utilisées dans la méthode qualitative : l'approche inductive et l'approche hypothético-déductive. L'approche inductive, consiste à partir du terrain sans avoir élaboré préalablement des hypothèses de recherches. Le chercheur décrit ce qu'il s'y passe et utilise la théorie pour étayer ce qu'il a observé. L'approche hypothético-déductive, consiste à partir des lectures scientifiques, élabore une

question de recherche et des hypothèses de recherche puis va sur le terrain pour tenter de les valider ou les invalider.

Nous avons choisi d'adopter une approche hypothético-déductive. Dans un premier temps, des hypothèses de recherche ont été formulées, puis une enquête sera menée afin de recueillir des données. Les résultats obtenus feront ensuite l'objet d'une analyse et seront interprétés au regard de la littérature scientifique relevée dans notre cadre conceptuel. Cette démarche permettra enfin de valider ou de réfuter les hypothèses de recherche.

5.2 Population et contexte d'étude

A partir des éléments précédemment présentés, la population cible a été établie, conformément à l'application de la Loi JARDE du 2 mars 2012.

La population qui a été définie est celle des ergothérapeutes diplômés d'Etat exerçant en France. Les ergothérapeutes concernés travaillent ou ont travaillé auprès de personnes âgées en EHPAD.

5.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

Le choix des critères d'inclusion et d'exclusion dépend des objectifs de recherche ainsi que du lien avec le sujet.

<u>Critères d'inclusion</u>	<u>Critères d'exclusion</u>
<ul style="list-style-type: none">- Avoir le diplôme d'Etat en ergothérapie.- Exercer en France- Exercer ou avoir travaillé auprès de personnes âgées en EHPAD	<ul style="list-style-type: none">- Ne pas être diplômé d'Etat en ergothérapie.- Être encore en études d'ergothérapie- Exercer hors du territoire français- Ne jamais avoir travaillé auprès de personne âgée en EHPAD

5.4 Choix de l'outil de recueil de données

Comme mentionné précédemment, afin de valider ou invalider mes hypothèses de recherche, je souhaite adopter une approche qualitative et recueillir mes données à travers des entretiens semi-directif. Les entretiens semi-directif donnent accès à leurs pratiques professionnelles, leurs représentations, leurs difficultés et leurs stratégies

d'accompagnement, qui sont des détails et des expériences qu'on ne peut pas être mesurer avec des chiffres. Selon Geneviève Imbert, « l'entretien semi-directif est donc une conversation ou un dialogue qui a lieu généralement entre deux personnes. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur. » (Imbert, 2010)

Un guide d'entretien a été élaboré afin d'assurer un déroulement structuré de l'échange (annexe I). Il va nous permettre de conduire une analyse plus pertinente afin de vérifier et d'apporter des éléments de réponse aux hypothèses. Ce guide est annexé en fin de ce document. Il a été construit de manière réfléchi. Dans un premier temps, nous présentons le travail, puis nous abordons des questions générales. Ensuite, nous posons des questions permettant de répondre à l'hypothèse 1, puis à l'hypothèse 2, avant de terminer par des questions de conclusion visant à synthétiser les réponses de l'ergothérapeute interviewé.

Cette structuration a été pensée afin de faciliter l'organisation de l'entretien et d'en simplifier l'analyse, grâce à une progression allant du général vers le spécifique, avec une partie dédiée à chaque hypothèse, puis une synthèse finale.

Grâce à ce guide d'entretien structuré, les entretiens se sont déroulés de manière fluide et nous ont permis de ne pas nous égarer au cours des échanges.

5.5 Démarche de recrutement

Pour recruter la population cible, nous avons diffusé une publication présentant notre mémoire d'initiation à la recherche au sein de groupes spécifiques à l'ergothérapie sur les réseaux sociaux (Facebook). Ces groupes sont réservés exclusivement aux ergothérapeutes. Les personnes intéressées et répondant aux critères d'inclusion ont pu nous contacter directement. Un rendez-vous a ensuite été convenu via la messagerie des réseaux sociaux. Avant le déroulement des entretiens, un formulaire de consentement (annexe II) a été remis à chaque participant afin de garantir leur accord éclairé et leur compréhension des objectifs de l'étude. Selon leurs préférences, les entretiens ont pu se réaliser en présentiel, par téléphone ou en visioconférence, afin de s'adapter aux disponibilités de chacun. Par ailleurs, l'enregistrement audio des échanges a été effectué uniquement pour faciliter la retranscription et a été utilisé à aucune autre fin.

5.6 Présentation des interviewés

Notre échantillon de population est composé uniquement d'individu de sexe féminin. Voici ci-dessous un tableau qui présente les participants :

	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Age	26 ans	25 ans	22 ans	37 ans	30 ans	21 ans
Année d'obtention du diplôme	En 2022	En 2024	En 2024	En 2011	En 2023	En 2025
Temps travaillé auprès des PA	2 ans	2 ans	2 ans	10 ans	2 ans	6 mois

Elles ont étudié au sein d'institut de formation différents tels que la Musse pour 2 ergothérapeutes, les Mureaux, l'ADERE à Paris, à Clermont ainsi qu'à Berck sur mer.

Nous pouvons constater que l'échantillon est majoritairement composé d'ergothérapeutes récemment diplômées, à l'exception d'une ergothérapeute diplômée en 2011. Cela signifie qu'elles ont suivi le nouveau programme de formation, de décembre 2010. Par ailleurs, l'échantillon est exclusivement féminin, ce qui peut s'expliquer par une forte représentation des femmes dans la profession.

6. Analyse

Pour effectuer l'analyse, 6 grands thèmes ont été définis afin de classer les réponses apportées par les ergothérapeutes, en reprenant également les thématiques du guide d'entretien. Les 6 thèmes sont :

- Représentation de la VIAS chez la personne âgées en EHPAD
- Lien entre VIAS et équilibre occupationnel
- Utilisation des modèles conceptuels en ergothérapie comme soutien dans la prise en soin
- Prise en compte de la VIAS dans la pratique professionnelle
- Influence des représentations sociales sur la pratique

- Apports et limites de la formation initiale

L'analyse des entretiens a été effectuée selon ces 6 thématiques et non question par question. Ce travail a permis l'émergence des données suivantes.

6.1 Représentations de la VIAS chez la personne âgée en EHPAD

Les entretiens réalisés auprès des ergothérapeutes mettent en évidence que la VIAS des PA en EHPAD est bien présente mais qu'elle reste difficile à comprendre, notamment parce qu'elle s'exprime souvent de manière non verbale ou peu explicite (« elle se verbalise pour certains, elle s'exprime par des gestes pour d'autres, pour la plupart » E1 ; « d'autres ne vont rien dire du tout et c'est dans leur actions qu'il va falloir identifier qu'il y a un besoin » E5).

Elle peut s'exprimer de différentes manières, parfois de façon verbale mais le plus souvent à travers des gestes, des attitudes ou une recherche de contact (« elle se verbalise pour certains, elle s'exprime par des gestes pour d'autres » E1 ; « recherche de contact physique ou même de contact visuel » E6).

Cependant, cette expression est souvent discrète, voire cachée, notamment en raison du caractère tabou de la sexualité chez la PA (« c'est quand même quelque chose de tabou » ; « elle s'exprime de manière cachée. » E2).

Les ergothérapeutes soulignent aussi que cela dépend beaucoup des personnes, de leur histoire et de leur milieu. (« c'est très dépendant d'une personne à l'autre » ; « ce sont des choses un peu tabous pour eux » E5).

Les troubles cognitifs viennent également modifier l'expression de la VIAS, avec parfois des comportements liés à la désinhibition (« la désinhibition fait qu'il y a des soucis » E3 ; « ils vont exprimer ce qu'ils veulent » E5).

Enfin, certains professionnels considèrent que cette dimension fait partie de la vie des résidents et qu'elle doit être respectée (« ça s'exprimait assez naturellement » ; « on était garant de leur intimité » E4), même si elle peut parfois mettre les équipes en difficultés.

Ainsi, les entretiens montrent que la VIAS des personnes âgées en EHPAD est bien présente mais reste difficile à identifier en raison de ses expressions souvent indirectes et non verbales. Elle varie selon les individus et peut être influencée par

l'histoire de vie ou les troubles cognitifs. Son caractère tabou et intime complexifie également sa compréhension par les professionnels. Enfin, bien que reconnue comme faisant partie de la vie des résidents, la VIAS demeure une dimension délicate à repérer dans la pratique quotidienne en EHPAD.

6.2 Lien entre VIAS et équilibre occupationnel

La VIAS est globalement perçue par les ergothérapeutes comme étant un lien avec l'équilibre occupationnel, bien que ce lien ne soit pas interprété de la même manière par tous.

Pour plusieurs professionnels, la VIAS fait pleinement partie des occupations de la vie quotidienne et participe ainsi directement à l'équilibre occupationnel (« ça fait partie des occupations de vie quotidienne » E1 ; « c'est une des activités du quotidien » E3).

Dans ce sens, son absence ou sa perte peut entraîner un déséquilibre, notamment lorsque la personne exprime un besoin non satisfait (« si une personne perd cette occupation [...] on est complètement dans une perte d'équilibre occupationnel » E1).

Par ailleurs, certains ergothérapeutes mettent en avant l'impact du contexte institutionnel sur cet équilibre, en particulier le manque d'intimité en EHPAD (« les soignants passent [...] on n'a pas envie d'avoir des gens toute la journée dans notre chambre » E3), pouvant perturber l'expression de la VIAS.

Les situations de vie, telles que la formation ou la perte d'un couple, apparaissent également comme influençant fortement l'équilibre occupationnel, en modifiant les habitudes, les rôles et les interactions sociales (« ça induit une dépression [...] elle a tout arrêté » ; « il y a plus de temps qui se passe à deux » E5).

Toutefois, tous les professionnels ne font pas le même lien, une ergothérapeute distingue clairement la VIAS de l'équilibre occupationnel, en les considérant comme deux besoins différents (« je ne les mettrais pas dans le même tableau » E4).

Enfin, la prise en compte de la VIAS est également associée à des enjeux identitaires et de bien-être, son absence pouvant engendrer frustration ou perte d'estime de soi (« ça peut être un peu frustrant [...] perte d'estime de soi » E6).

Ainsi, même si les représentations varient, la VIAS apparaît globalement comme une dimension qui participe, de manière direct ou indirect, à l'équilibre occupationnel des PA en EHPAD.

6.3 Utilisation des modèles conceptuels en ergothérapie comme soutien dans la prise en soin

Les ergothérapeutes connaissent et ont utilisé divers modèles conceptuels, notamment la MCREO, le MOH et le KAWA. Cependant leur application en EHPAD est souvent limitée ou adaptée au contexte.

Certains professionnels soulignent que l'utilisation stricte de ces modèles est difficile à mettre en place au quotidien en raison du nombre de résidents et du temps nécessaire pour remplir les outils formels (« on a beaucoup de résidents [...] je le fais plutôt maintenant de façon informelle » E1).

Néanmoins, ils reconnaissent que ces modèles constituent un support structurant pour leur pratique, permettant de légitimer l'ergothérapie et de guider la prise en soin, notamment dans l'évaluation de l'équilibre occupationnel et dans la compréhension des besoins des résidents (« ça m'aide à comprendre [...] c'est leur ressenti à eux » E1 ; « ça guide le soignant, ça oriente un petit peu sa prise en charge » E3 ; « ça m'aide à structurer ma pratique » E5).

Pour certains ergothérapeutes, ces modèles permettent de ne pas se focaliser uniquement sur un problème spécifique et d'avoir une vision plus globale de la personne, en intégrant ses besoins, son environnement et son rôle dans les activités quotidiennes (« se rapporter au modèle, ça nous permet de ne pas oublier d'avoir une vision plus large » E5 ; « ça nous permet d'en parler un petit peu plus facilement aux collègues et aux autres professions » E4).

Toutefois, la VIAS est rarement abordée directement via ces modèles, soit parce que pour eux aucun outil spécifique n'existe, soit parce que la pratique en EHPAD ne le permet pas toujours (« pas avec les outils » E1 ; « pas en EHPAD » E3 ; « ça questionne pas du tout la sexualité » E2). En effet, les ergothérapeutes n'ont pas toujours le temps d'aborder cette dimension en utilisant de manière formelle des modèles conceptuels. En raison du temps partiel de certains ergothérapeutes dans les structures ainsi que la prise en compte des autres actes à réaliser en parallèle qui leur sont plus prioritaires.

Certains ergothérapeutes considèrent néanmoins que ces modèles peuvent faciliter indirectement la prise en compte de la VIAS, en rappelant que cette dimension fait partie de la vie des résidents et en servant d'argument pour sensibiliser les équipes soignantes (« ça pourrait être plus efficace pour argumenter auprès des équipes soignantes [...] respecter leur intimité » E6).

Enfin, il ressort que l'usage des modèles conceptuels n'est jamais strictement formel. En effet, les professionnels les adaptent, s'inspirent de leurs outils et construisent leur propre trame d'entretien afin de répondre aux contraintes de terrain et aux besoins spécifiques des résidents (« le mieux c'est de s'inspirer de cette trame-là, mais après de faire sa propre trame » E2 ; « tu les intègres mais tu les modèles un peu à tes besoins » E4).

Ainsi, même si leur application n'est pas systématique, ces modèles restent un soutien précieux pour structurer la pratique, renforcer la légitimité de l'ergothérapeute et favoriser une approche globale de la personne, tout en offrant un cadre permettant de penser, de manière indirecte, à des dimensions parfois sensibles comme la VIAS. Cependant, tous ne les utilisent pas dans le cadre de l'accompagnement de la VIAS, cette dernière n'étant pas toujours abordée de manière explicite dans les modèles. De plus, en raison du tabou qui l'entoure, l'évaluation de la VIAS n'apparaît pas systématiquement au premier plan lors de l'évaluation de la personne.

6.4 Prise en compte de la VIAS dans la pratique professionnelle

La prise en compte de la VIAS chez les PA en EHPAD fait partie intégrante de la pratique des ergothérapeutes, mais qu'elle se manifeste de manière variable et souvent indirecte.

Certains professionnels considèrent la VIAS comme un élément essentiel de l'identité et de l'intimité de la personne et cherchent à l'intégrer systématiquement dans leur accompagnement (« toujours. Ça fait partie intégrante de la vie d'une personne [...] dans son identité, dans son intimité » E1).

La prise en compte se fait alors par des entretiens, des observations ou grâce aux informations remontées par les équipes pluridisciplinaires, la psychologue joue souvent un rôle clé dans la discussion de ces sujets sensibles (« je bosse pas mal avec la psychologue sur ce type de sujet » E1 ; « c'est des discussions en équipe parce que ce ne sont pas des sujets faciles » E3).

Pour d'autres, l'intégration de la VIAS dans la pratique est plus à la demande, se déclenchant uniquement lorsqu'un problème survient, par exemple en cas de comportements inadaptés ou de difficultés d'expression du désir ou du consentement (« je la questionne mais plutôt seulement quand il y a déjà un souci » E2).

Certains ergothérapeutes adoptent une approche plus préventive et indirecte, en ajustant l'environnement ou en observant attentivement les interactions et les besoins des résidents, tout en respectant la confidentialité et l'intimité (« plus de manière indirecte [...] je vais fermer la porte, je vais toquer avant de rentrer » E6 ; « faire des locations de lit en 120 ou 140 pour permettre aux personnes d'avoir des lits doubles » E5).

Les entretiens révèlent également la difficulté d'aborder ces sujets directement, souvent considérés comme tabous ou délicats pour les résidents eux-mêmes (« ça touche à l'intime donc c'est assez difficile [...] ils n'en parlent pas facilement » E4). Cette sensibilité conduit les ergothérapeutes à privilégier une approche en équipe, intégrant les observations quotidiennes, la collaboration avec les autres professionnels et l'adaptation de l'environnement pour répondre aux besoins affectifs et sexuels de manière sécurisée et respectueuse.

Ainsi, la VIAS est prise en compte dans la pratique, mais souvent de manière indirecte. Elle repose principalement sur le travail en équipe, l'observation et l'adaptation de l'environnement. Toutefois, son caractère intime et tabou limite encore son expression, ce qui rend sa prise en compte partielle et variable selon les situations et les pratiques professionnelles.

6.5 Influence des représentations sociales sur les pratiques

L'analyse des entretiens montre que les représentations sociales autour de la VIAS chez la PA sont encore très présentes et influencent les pratiques des ergothérapeutes.

D'abord, on remarque que la sexualité des PA est souvent niée ou considérée comme inexistante. Certains pensent que « ça n'existe plus » (« à cet âge-là ça existe plus » E1 ; « ça n'existe pas » E5 ; « les personnes âgées elles ont plus de sexualité » E6). De la même façon, il est souvent imaginé que les PA n'ont plus les capacités ou d'envies (« on imagine que la personne âgée n'a plus forcément les capacités ou les envies » E3). Cela montre qu'il existe encore de nombreux stéréotypes liés à l'âge.

En plus de cela, une forme d'infantilisation est présente (« il sont infantilisés » E5), avec parfois des interventions des soignants dans l'intimité des résidents jugées inadaptées pour les ergothérapeutes.

La VIAS reste aussi un sujet tabou (« c'est tabou » E2 ; « il persiste quand même un tabou autour de ça » E3), ce qui rend les échanges difficiles auprès des équipes et des résidents.

Certaines valeurs personnelles, notamment religieuses, influencent également les pratiques (« chez nous, on ne peut pas » E2).

Enfin, les familles ont aussi un rôle important dans ces représentations, en considérant parfois que leurs proches n'ont plus de VIAS (« ils ont plus forcément le droit à un vie affective » E4 ; « les familles vont être hyper mal à l'aise avec ça » E6). Cela peut entraîner une forme de restriction indirecte de l'autodétermination, où les choix de la PA sont influencés, voire limités, par les réactions, attentes ou malaises de son entourage familial, plutôt que par ses propres besoins et désirs.

Ensuite, ces représentations influencent clairement les pratiques professionnelles. Tous les ergothérapeutes interrogés vont dans ce sens (« complètement » E1 ; « ah clairement oui » E2 ; « Oui, je pense forcément » E3 ; « oui, ça influence » E4 « oui » E5 ; « je pense que oui » E6). Cette influence se traduit par des actions limitées ou empêchées, notamment par un manque de connaissances (« des propositions qui restent dans le vide » E1) ou par des blocages liés aux représentations (« bloqués sur cette représentation » E2).

Le tabou entraîne aussi des difficultés de communication (« il va y avoir des non-dits » E3) et parfois de l'évitement (« il y a beaucoup d'évitement » E6). Certains exemples montrent des interventions inadaptées dans la vie intime, liées à des jugements moraux (« c'était inadmissible de parler comme ça » E5). A l'inverse, certaines représentations positives peuvent aussi influencer les pratiques, par exemple lorsque les relations sont perçues comme attendrissantes mais demeure infantilisante (« tout le monde trouvait ça très mignon » E5), ce qui peut accélérer certaines décisions.

Les représentations influencent également les décisions institutionnelles. Cela peut se traduire par une absence d'action (« les non-décision » E1), mais aussi par des contraintes organisationnelles ou réglementaires. Par exemple, certaines

situations montrent des difficultés à répondre aux besoins des résidents en raison du cadre institutionnel. Des décisions peuvent aussi être prises pour des raisons légales ou de sécurité (« protéger monsieur » E5), ce qui peut « bouleverser leur équilibre occupationnel » (E5).

De plus, selon les établissements, certaines règles limitent la possibilité pour les couples d'être ensemble (« une chambre double homme ou une chambre double femme et c'est tout » E6).

Cependant, tous les professionnels ne perçoivent pas cet impact de la même manière, certains estimant que l'institution est avant tout « garante des droits » (E4).

Concernant la posture professionnelle, les avis sont partagés. Certains estiment ne pas être influencés (« je dirais que non » E1 ; « j'ai l'esprit ouvert » E4). Cependant, d'autres reconnaissent une influence, notamment liée aux contraintes de l'environnement professionnel (« comment faire pour que ça satisfasse [...] » E2). Les professionnels peuvent aussi adapter leur communication selon leurs interlocuteurs, en fonction du niveau de confort de chacun.

Certains reconnaissent également que leurs propres représentations peuvent influencer leurs pratiques, parfois de manière inconsciente (« ça impacte » E5 ; « oui et non » E6).

Enfin, la réflexion personnelle apparaît comme un élément important pour améliorer les pratiques. Elle permet de développer une posture plus ouverte et adaptée (« avoir cette ouverture d'esprit et ce non-jugement » E1) et d'interroger ses propres actions (« est ce que j'ai agi comme ça parce que c'étaient mes propres représentations » E3). Cette réflexion est aussi essentielle pour ne pas imposer ses valeurs aux résidents (« ce n'est pas mon point de vue qui prévaut, c'est celui du résident » E5) et pour éviter d'agir de manière inadaptée (« agir contre ses valeurs personnelles » E6).

Ainsi, cette analyse montre que les représentations sociales autour de la VIAS chez les PA influencent fortement les pratiques des ergothérapeutes en EHPAD. Marquées par des stéréotypes liés à l'âge et par le tabou de la sexualité, elles peuvent limiter la prise en compte de cette dimension, orienter certaines décisions professionnelles et institutionnelles. Toutefois, les entretiens révèlent aussi une prise de recul chez certains professionnels, qui interrogent ces influences. La réflexion

personnelle apparaît ainsi comme un levier essentiel pour développer une pratique plus ouverte, centrée sur la personne et respectueuse de l'autodétermination.

6.6 Apports et limites de la formation initiale

L'analyse des entretiens met en évidence que la formation initiale aborde la thématique de la VIAS, mais de manière hétérogène, ponctuelle et globalement insuffisante au regard des besoins du terrain.

Tout d'abord, les discours révèlent une forte disparité des apports selon les parcours de formation. Certains ergothérapeutes rapportent avoir bénéficié d'enseignements marquant, notamment sur le plan éthique (« on avait aussi beaucoup parlé éthique » E1), tandis que d'autres évoquent des interventions très limitées dans le temps (« deux ou quatre heures » E2 ; « deux ou trois heures » E5) ou dépendantes de choix optionnels (« j'avais pris l'option » E3).

A l'inverse, plusieurs participants décrivent une absence quasi-totale d'enseignement (« pas du tout » E6 ; « non » E4), ou encore un accès inégal au sein d'une même promotion (« pas tout le monde » E2). Cela interroge le choix pédagogique, car tous les ergothérapeutes seront amenés, dans leur pratique, à prendre en soin la VIAS. Ces éléments traduisent une absence d'harmonisation des contenus.

Ensuite, les apports identifiés relèvent principalement d'une sensibilisation théorique, avec un impact limité sur la pratique professionnelle. Les participants soulignent que ces enseignements permettent avant tout de prendre conscience de l'importance du sujet (« garder en tête que c'est important » E2) et de permettre d'en parler plus naturellement (« il ne fallait pas qu'on l'évite » E5). Ils peuvent aussi susciter un intérêt personnel (« je m'y suis davantage intéressée » E1).

Cependant, ces apports restent insuffisants pour agir concrètement, comme le montre le manque d'outils (« il ne donne pas [...] des outils concrets » E2) et la difficulté à accompagner les personnes (« on ne sait pas quoi leur proposer pour les aider » E4). La formation initiale apparaît donc davantage comme une première approche que comme une véritable aide à la pratique.

Par ailleurs, un manque de préparation pour la pratique en EHPAD ressort de manière marquée. La majorité des ergothérapeutes interrogés estime ne pas être suffisamment préparée (« non » E1, « non » E2 ; « non je ne pense pas » E3 ; « non

je ne pense pas » E6). Ce manque s'explique notamment par l'absence de lien entre les différentes dimensions du sujet (« jamais les trois ensemble » E2), mais aussi par un manque de préparation aux situations concrètes rencontrées sur le terrain (« tu ne sais pas comment réagir » E6).

Certaines situations illustrent ce décalage, notamment face aux réactions de l'entourage (« les familles [...] étaient outrées » E6), ou encore dans des contextes marqués par des normes socioculturelles fortes (« très chrétienne, très religieuse » E5). Si E4 nuance en indiquant que les personnes âgées expriment peu de demandes explicites (« ils nous demandent surtout de respecter leur intimité » E4), cela ne réduit pas pour autant la complexité des situations à gérer. Cela peut également être lié à une génération plus ancienne, davantage pudique sur ces questions. Toutefois, les nouvelles générations de PA arrivent, ce qui nécessitera une adaptation des pratiques.

Ces limites s'inscrivent dans une problématique plus globale liée au caractère généraliste de la formation initiale. Celle-ci est décrite comme dense et insuffisamment approfondie (« un métier qui est hyper large » E1 ; « trois ans » E2), conduisant à un sentiment de superficialité (« je sais tout faire, mais de manière superficielle » E3).

Plusieurs participants évoquent ainsi un besoin de formation complémentaire (« je me suis davantage formée en sortant de l'école » E1) ou un sentiment de manque (« ça m'a manqué » E6), certains allant jusqu'à évoquer une adaptation empirique (« se démerder seul » E4). La VIAS apparaît alors comme un exemple parmi d'autres des limites d'une formation qui ne peut couvrir l'ensemble des situations professionnelles.

En outre, la question des représentations sociales apparaît peu intégrée dans les enseignements. Lorsqu'elle est abordée, c'est de manière ponctuelle (« en TD éthique » E2 ; « pendant le même cours » E5), voire absente (« pas du tout » E6 ; « on ne l'abordait pas du tout » E4).

Pourtant, ces dimensions jouent un rôle central dans la pratique, influençant tant les professionnels que les patients et leur entourage, comme le montre l'importance du tabou (« un sujet vraiment hyper sensible et hyper tabou encore maintenant » E6). Ce décalage souligne un manque de préparation à la gestion des enjeux relationnels et culturels.

Par ailleurs, l'analyse met en évidence un manque important d'outils et de repères professionnels. Les participants expriment des difficultés à mobiliser des modèles conceptuels adaptés (« ce n'est pas spécifique » E1 ; « trop large » E4) et soulignent l'absence de supports concrets (« il n'y a pas de tableau de bord » E4 ; « pas assez de tiroirs » E6). Ce manque de structuration limite leur capacité à intervenir de manière adaptée.

Face à ces lacunes, les ergothérapeutes développent des stratégies compensatoires reposant sur l'expérience et le travail pluridisciplinaire. Ils s'appuient notamment sur l'autoformation (« davantage de recherche » E1), le travail en équipe (« je vais voir les psychologues » E6), les échanges entre pairs (« on en a parlé [...] entre étudiants » E5) ou encore une posture centrée sur l'écoute (« vraiment les écouter » E4). Ces ajustements visent à faire face aux situations complexes et à limiter les risques d'erreurs (« tu ne sais pas comment réagir » E6).

Enfin, l'ensemble des discours met en lumière le poids du tabou et le manque de reconnaissance institutionnelle de la VIAS. Celle-ci est décrite comme un sujet peu abordé et encore tabou (« un sujet [...] dans l'ombre » E6), ce qui peut générer des hésitations professionnelles (« je n'ose pas forcément l'aborder » E5) et une absence de cadre clair. Ce contexte contribue à renforcer les limites de la formation initiale et à freiner l'intégration de cette dimension dans les pratiques.

Ainsi, l'analyse montre que la formation initiale aborde la VIAS de manière inégale et souvent insuffisante pour répondre aux réalités du terrain. Elle permet surtout une sensibilisation théorique, mais reste difficile à appliquer en pratique, faute d'outil concret et de mises en situation. Ce manque de préparation donne aux ergothérapeutes le sentiment de ne pas être suffisamment prêts, notamment face à des situations complexes en EHPAD, influencées par les représentations sociales et le tabou persistant. Par conséquent, la formation initiale constitue une base mais nécessite d'être renforcée pour mieux préparer les professionnels à cette dimension de la pratique.

7. Discussion

7.1 Réponses aux hypothèses

Pour rappel, la question de recherche est la suivante : « Comment les ergothérapeutes, dans leur pratique professionnelle, prennent-ils en compte la vie intime, affective et sexuelle pour préserver l'équilibre occupationnelle des personnes âgées résidant en EHPAD ? ». Pour y répondre, deux hypothèses ont été formulées. Nous allons mettre en relation le cadre conceptuel et la phase expérimentale afin de les valider ou les réfuter.

7.1.1 Hypothèse 1

Pour rappel, la première hypothèse de ce travail est la suivante : Le recours à des outils ergothérapeutiques issus de modèles conceptuels, tels que le MCREO, constitue un soutien pour l'ergothérapeute, favorisant une meilleure prise en compte de la VIAS et de l'équilibre occupationnel des personnes âgées en EHPAD.

L'analyse des données issues des entretiens, mise en lien avec les apports théoriques, permet de réfuter cette hypothèse.

En effet, les résultats montrent que les modèles conceptuels occupent une place importante dans la pratique des ergothérapeutes. Bien que leur utilisation ne soit pas toujours formalisée, ils constituent des repères essentiels qui permettent de structurer le raisonnement clinique, d'orienter la prise en soin et de mieux comprendre les besoins des résidents. Les professionnels interrogés soulignent notamment que ces modèles les aident à adopter une approche centrée sur la personne, en prenant en compte son ressenti, ses habitudes de vie et le sens qu'elle attribue à ses occupations. De plus, ils renforcent la légitimité de l'ergothérapie et facilitent les échanges avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Par ailleurs, les modèles conceptuels, et en particulier le MCREO, favorisent une approche globale de la personne, en intégrant les dimensions personnelles, environnementale et occupationnelle. Cette vision holistique permet de ne pas se limiter à une problématique spécifique, mais d'élargir l'analyse à l'ensemble des facteurs influençant l'équilibre occupationnel. Dans ce cadre, l'équilibre occupationnel apparaît comme un élément central du bien-être des PA. Le MCREO, en mettant

l'accent sur l'engagement dans des occupations signifiantes, constitue ainsi un outil pertinent pour soutenir la qualité de vie des résidents en EHPAD.

Concernant la VIAS, bien qu'elle soit peu abordée de manière directe à travers les outils formels, les résultats montrent que les modèles conceptuels contribuent néanmoins à sa prise en compte. En effet, en encourageant une vision globale de la personne et en reconnaissant l'importance des occupations signifiantes, ils permettent d'intégrer indirectement cette dimension dans la réflexion clinique. Ils offrent également un cadre pour sensibiliser les équipes soignantes à des enjeux tels que le respect de l'intimité et des besoins affectifs ainsi que sexuelles des résidents, participant ainsi à une meilleure considération de la VIAS.

Cependant, cette prise en compte reste limitée et indirecte, ce qui ne permet pas de valider pleinement l'hypothèse selon laquelle les modèles conceptuels favoriseraient une meilleure prise en compte de la VIAS. En effet, celle-ci est rarement abordée directement à travers les modèles, et leur utilisation n'est pas réalisée de manière formelle ni systématique dans les pratiques observées.

Enfin, si des contraintes institutionnelles, telle que le manque de temps ou le nombre de résidents, limitent l'utilisation formelle de ces outils, les ergothérapeutes s'en saisissent de manière adaptée, en les intégrant de façon plus souple dans leur pratique. Cette appropriation témoigne de leur utilité et de leur pertinence dans le contexte spécifique de l'EHPAD.

Ainsi, malgré certaines limites dans leur mise en pratique, les modèles conceptuels comme le MCREO constituent bien un soutien pour les ergothérapeutes. Ils favorisent une approche globale et centrée sur la personne, contribuent à la prise en compte de l'équilibre occupationnel et permettent, de manière indirecte, d'intégrer des dimensions sensibles telles que la VIAS dans la pratique professionnelle. Cependant, leur utilisation en EHPAD n'est pas réalisée de manière formelle.

7.1.2 Hypothèse 2

Pour rappel, la deuxième hypothèse de ce travail est la suivante : la réflexion sur les représentations sociales liées à la VIAS est insuffisamment évoquée en formation initiales pour permettre aux ergothérapeutes d'aborder cette thématique dans leur pratique auprès des personnes âgées en EHPAD.

L'analyse des entretiens, mise en lien avec les apports théoriques, permet de valider cette hypothèse.

En effet, les résultats montrent que la formation initiale en ergothérapie aborde la thématique de la VIAS de manière hétérogène et globalement insuffisante. Les professionnels interrogés rapportent des expériences très variables selon les instituts de formation, allant de quelques heures de sensibilisation à une absence totale d'enseignement sur le sujet. Cette disparité met en évidence un manque d'harmonisation des contenus pédagogiques. Lorsque la VIAS est abordée, elle est principalement sous l'angle théorique ou éthique, sans réelle mise en lien avec des situations concrètes rencontrées en EHPAD et sans lien direct avec les modèles conceptuels, ce qui peut donner aux ergothérapeutes le sentiment de ne pas disposer d'outils adaptés.

De plus, les résultats montrent que la formation initiale ne permet pas suffisamment de développer des compétences mobilisables pour aborder cette thématique dans la pratique professionnelle. Les ergothérapeutes interrogés soulignent un manque d'outils concrets, ainsi qu'un sentiment de décalage entre les enseignements reçus et la réalité du terrain. Ce manque de préparation est particulièrement visible en EHPAD, où les situations liées à la VIAS sont complexes, sensibles et fortement influencées par le contexte institutionnel, familial et culturel. Ainsi, la formation apparaît davantage comme une sensibilisation générale que comme un véritable support à l'intervention.

Par ailleurs, l'analyse met en évidence que la réflexion sur les représentations sociales est peu développée au cours de la formation initiale. Lorsqu'elle est abordée, elle reste ponctuelle et rarement approfondie. Pourtant, les résultats des entretiens montrent que les représentations sociales autour de la VIAS sont fortement présentes dans les pratiques professionnelles, principalement les autres acteurs de soin et de l'accompagnement, et influencent le contexte dans lequel les ergothérapeutes exercent. Ces représentations se traduisent par des stéréotypes liés à l'âge, une tendance à l'infantilisation des PA, ainsi qu'un tabou persistant autour de la sexualité en EHPAD. Les ergothérapeutes, de leur côté, cherchent à adopter une posture réflexive afin de limiter l'impact de ces représentations sur leurs propres pratiques. Toutefois, elles influencent directement les pratiques, les décisions institutionnelles et la posture des professionnels, pouvant entraîner de l'évitement, des non-dits ou des difficultés de communication. En effet, les professionnels peuvent éviter d'aborder ce

sujet avec les PA, voire faire comme s'il n'existait pas. Ils peuvent également dissimuler certains événements, ne pas les mentionner ou en parler difficilement, par manque d'aisance, que ce soit avec l'équipe ou les résidents concernés.

Or, la littérature souligne que les représentations sociales jouent un rôle central dans la manière dont les professionnels appréhendent la sexualité et la vie affective des PA. Elles constituent un frein important à une prise en soin globale et centrée sur la personne. Malgré cela, la formation initiale semble insuffisamment outillée pour permettre aux étudiants d'identifier, de questionner et de déconstruire ces représentations. Ce manque peut limiter leur capacité à adopter une posture réflexive adaptée face à des situations complexes en EHPAD.

Enfin, les résultats montrent que les ergothérapeutes développent principalement leurs compétences sur le terrain, par l'expérience et l'autoformation. Cette adaptation progressive confirme que la formation initiale ne suffit pas à elle seule à préparer les ergothérapeutes à aborder la VIAS de manière sereine et structurée.

Ainsi, au regard des éléments recueillis, il apparaît que la réflexion sur les représentations sociales liées à la VIAS est insuffisamment abordée en formation initiale. Ce manque contribue à limiter la capacité des ergothérapeutes à traiter cette thématique dans leur pratique en EHPAD, ce qui contribue à valider la deuxième hypothèse.

7.2 Biais et limites

Dans le cadre de ce mémoire, plusieurs biais ont pu influencer les résultats obtenus. Tout d'abord, l'un des biais concerne l'utilisation des modèles conceptuels en ergothérapie. En effet, les participants n'avaient pas nécessairement recours à un modèle conceptuel dans leur pratique professionnelle. Toutefois, intégrer ce critère dans les conditions d'inclusion et d'exclusion aurait considérablement restreint l'accès à la population cible, rendant le recrutement des participants plus complexe. Un autre élément à prendre en compte concerne la posture de l'enquêteur. Le manque d'expérience dans la conduite d'entretiens, associé à une certaine réserve, a pu limiter la profondeur des données collectées, notamment lors des premiers entretiens. En effet, au fil des entretiens, une amélioration dans la demande de précisions a été observée. Il est donc probable que certains éléments pertinents n'aient pas été suffisamment explorés au début de l'étude. De plus, le recrutement des participants ayant été réalisé via une publication sur un réseau social mentionnant explicitement le

thème du mémoire, portant sur la VIAS, il est possible que cela ait influencé indirectement les ergothérapeutes volontaires. En effet, bien que ce critère ne figurait pas dans les critères d'inclusion, il a pu orienter de manière implicite le profil des participants. Il a ainsi attiré davantage des professionnels déjà sensibilisés ou intéressés par cette thématique, ce qui a pu influencer les résultats. Enfin, la population de l'échantillon était exclusivement féminine et composée majoritairement de jeunes diplômées. Ce qui peut influencer les résultats, notamment en raison d'éventuelles différences entre les professionnels récemment diplômés et ceux plus expérimentés.

Plusieurs limites sont également intervenues et ont pu influencer les résultats obtenus, tels que la taille de l'échantillon constitue une limite importante de cette étude. Avec seulement six participants, les résultats ne peuvent être considérés comme représentatifs de l'ensemble des ergothérapeutes exerçant en France, dont le nombre dépasse les 15 000 professionnels. Par conséquent, les conclusions doivent être interprétées avec prudence et ne peuvent être généralisées à l'ensemble de la profession. Il faut également souligner que le temps dédié à la réalisation de ce mémoire a été particulièrement restreint, puisqu'il s'est étendu sur une période inférieure à une année. Cette contrainte temporelle relativement courte a constitué un défi supplémentaire, en limitant les possibilités d'approfondissement de certaines analyses, de collecte de données plus étendue ou encore de prise de recul sur les résultats obtenus.

7.3 Perspectives envisagées

Ce travail nous a permis d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche ainsi qu'aux hypothèses. L'analyse mérite toutefois d'être enrichie en ouvrant sur de nouvelles perspectives.

Dans un premier temps, il pourrait être pertinent d'approfondir l'analyse de l'influence du contexte institutionnel dans la prise en compte de la VIAS ainsi que de l'équilibre occupationnel en EHPAD. En effet, plusieurs éléments comme le manque de temps, la charge de travail ou encore l'organisation interne des établissements semblent limiter la mise en œuvre de certaines interventions ergothérapeutiques. Ces contraintes peuvent, par exemple, réduire les temps d'échange avec les résidents. Une exploration plus approfondie de ces éléments permettrait d'identifier des leviers d'adaptation favorisant une meilleure prise en compte des besoins occupationnels des résidents dans leur globalité.

Dans un second temps, il serait intéressant d'examiner plus précisément la place de l'équipe pluridisciplinaire dans l'intégration de la VIAS au sein des pratiques. Les résultats des entretiens et la littérature scientifique mettent en évidence l'influence des représentations sociales des différents professionnels sur l'accompagnement de la personne. Ainsi, l'analyse des dynamiques d'équipe, des modes de communication et des postures professionnelles pourrait permettre de mieux comprendre les facteurs facilitant ou limitant une approche globale et centrée sur la personne. En effet, la qualité des échanges entre les différents professionnels, la place accordée à la parole de chacun ainsi que la manière dont les informations sont partagées peuvent influencer la prise en compte de certaines dimensions, notamment la VIAS.

De plus, les postures professionnelles adoptées, qu'elles soient ouvertes, réflexives ou au contraire plus réservées face à cette thématique, jouent un rôle important dans leur prise en compte au sein des pratiques professionnelles. Une meilleure compréhension de ces éléments permettrait d'identifier les conditions à une prise en soin plus respectueuse des besoins des résidents.

Enfin, il pourrait être pertinent de diversifier l'échantillon en incluant d'autres professionnelles, telles que les aides-soignantes, gériatres, psychologues ou les infirmières, afin d'explorer les leviers et les limites de ce public dans la prise en compte de la VIAS chez les PA en EHPAD.

7.4 Projection professionnelle

Pour ces paragraphes, la rédaction s'effectuera à la première personne du singulier, en utilisant le pronom « je » ainsi que les pronoms possessifs correspondants, puisqu'il s'agit d'une réflexion personnelle.

Ce travail d'initiation à la recherche a constitué une étape importante dans la construction de mon identité professionnelle. Il m'a permis de consolider mes capacités de rédaction et d'analyse, mais également de développer des compétences méthodologiques essentielles, notamment dans la conduite d'entretien. Cette expérience m'a amenée à adopter une posture réflexive, en questionnant mes représentations et en affinant ma compréhension des enjeux liés à la pratique en ergothérapie.

Au-delà des compétences techniques acquises, ce travail a profondément nourri ma réflexion sur les valeurs qui guideront ma pratique. J'en retiens notamment

l'importance fondamentale de considérer la personne dans sa globalité, en prenant en compte l'ensemble de ses occupations significatives, de son environnement et de son histoire de vie. Cette approche centrée sur la personne implique de lui accorder du temps, de l'écoute et une réelle place dans l'accompagnement.

Dans ma future pratique, je souhaite m'inscrire dans une démarche éthique et engagée, en veillant à respecter et à faire valoir les droits des personnes accompagnées. Consciente des contraintes institutionnelles et des réalités du travail en équipe pluridisciplinaire, je m'efforcerai néanmoins à maintenir une posture professionnelle centrée sur les besoins, les attentes et les choix de la personne. Il s'agira pour moi de défendre une pratique qui favorise l'autonomie, en reconnaissant la personne comme actrice de sa prise en soin.

De plus, l'autodétermination des personnes que j'accompagnerai dans ma future pratique professionnelle constituera un point d'attention important. Je veillerai à soutenir leur capacité à faire leurs propres choix et à exprimer leurs besoins, leurs envies et leurs préférences. Cela implique de respecter leur rythme et leur individualité, tout en favorisant leur participation aux décisions qui les concernent. Je serai également attentive aux freins possibles à cette autodétermination, afin de promouvoir un accompagnement le plus respectueux et centré sur la personne possible.

Ainsi, mon objectif sera d'accompagner chaque individu dans le développement ou le maintien de sa participation aux activités qui donnent sens à sa vie. Plus largement, je souhaite contribuer à promouvoir une vision de l'ergothérapie qui soutient le pouvoir d'agir des personnes, en les aidant à reprendre une place active dans leur quotidien.

VIII. Conclusion

Dans le prolongement de ces résultats, il apparaît pertinent d'ouvrir la réflexion sur les leviers permettant de faire évoluer les pratiques professionnelles en amont, dès la formation initiale des ergothérapeutes. En effet, les limites identifiées concernant l'intégration de la VIAS dans la prise en soin, tant sur le plan des connaissances que des postures professionnelles, soulignent la nécessité d'interroger les modalités actuelles d'enseignement. Ainsi, cela amène à se questionner : de quelle manière la formation initiale et continue des ergothérapeutes pourrait-elle évoluer pour favoriser une prise en compte plus sereine et systématique de la VIAS des personnes âgées ? Cette ouverture invite donc à envisager des pistes d'évolution pédagogiques et professionnelles, afin de soutenir une pratique plus réflexive et en adéquation avec une approche globale et centrée sur la personne.

Ce travail de recherche s'est intéressé à la manière dont les ergothérapeutes prennent en compte la VIAS dans leur pratique auprès des personnes âgées en EHPAD, dans une perspective de préservation de l'équilibre occupationnel. L'analyse croisée des apports théoriques et des données issues des entretiens a permis d'apporter des éléments de réponse à cette problématique, tout en mettant en lumière les enjeux et les limites rencontrés sur le terrain. Les résultats obtenus permettent tout d'abord de confirmer l'importance des modèles conceptuels en ergothérapie, notamment le MCREO, comme supports au raisonnement clinique. Ces outils favorisent une approche globale, centrée sur la personne, en intégrant ses dimensions personnelles, environnementales et occupationnelles. Bien que la VIAS soit rarement abordée de manière explicite à travers ces modèles, ceux-ci contribuent indirectement à sa prise en compte en valorisant les occupations signifiantes et le respect des besoins fondamentaux des résidents. Ainsi, ils apparaissent comme des leviers pertinents pour soutenir l'équilibre occupationnel et la qualité de vie en EHPAD. Par ailleurs, cette recherche met en évidence les limites de la formation initiale concernant l'abord de la VIAS. L'hétérogénéité des enseignements, le manque de présentation d'outils concrets et l'insuffisante prise en compte des représentations sociales constituent autant de freins à une appropriation sereine de cette thématique par les futurs professionnels. Or, ces représentations influencent fortement les pratiques, tant au niveau individuel qu'institutionnel, et participent au maintien de tabous autour de la

sexualité des personnes âgées. Ainsi, si les ergothérapeutes développent progressivement des compétences dans ce domaine grâce à leur expérience et au travail en équipe pluridisciplinaire, il apparaît nécessaire de renforcer la formation initiale. Une meilleure intégration de la VIAS, accompagnée d'espaces de réflexion sur les représentations sociales et d'outils concrets d'intervention, permettrait de soutenir une pratique plus adaptée, réflexive et centrée sur les besoins des résidents. Enfin, ce travail souligne l'importance de reconnaître la VIAS comme une composante à part entière de la santé et du bien-être des personnes âgées. Sa prise en compte en EHPAD reste encore limitée, mais constitue un enjeu majeur pour une approche véritablement holistique en ergothérapie. Des perspectives d'amélioration peuvent ainsi être envisagées, tant au niveau de la formation que des pratiques institutionnelles, afin de favoriser un accompagnement respectueux et individualisé des résidents.

Bibliographie

Ouvrage :

Coron, C. (2020). Outil 1. Approche quantitative ou qualitative ? *La boîte à outils de l'Analyse de données* (p. 12-13). Dunod. <https://shs.cairn.info/la-boite-a-outils-de-l-analyse-de-donnees--9782100808557-page-12?lang=fr>

Djaoui, E. (2015). Rôles sociaux et activité : éclairage psychosociologique de la notion d'activité dans ses liens avec le rôle social. In M-C. Morel-Bracq, *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (p207-217). De Boeck Solal.

Morel-Bracq, M.-C. (2024). *Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (3ème édition). De Boeck supérieur. <https://anfe.fr/product/modeles-conceptuels-en-ergotherapie-introduction-aux-concepts-fondamentaux-3eme-edition/>

Morel-Bracq, M.-C., Margot-Cattin, P., Margot-Cattin, I., Mignet, G., Doussin-Antzer, A., Sorita, É., Caire, J.-M., Rouault, L., & Rousseau, J. (2017). Chapitre 2. Modèles généraux en ergothérapie. In *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (p.51-130). De Boeck Supérieur.

Pitaud, P. (dir.) (2011). *Sexualité, handicaps et vieillissement*. éres. <https://doi.org/10.3917/eres.pitau.2011.01>

Articles :

Auger, L., Vinette, B., Potvin, L., Nelson-Drolet, S., & Thomas, A. (2026). Sexuality in the field of occupational therapy : A scoping review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 73(1), e70065. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.70065>

Bederer, I. (2023). La sexualité du sujet âgé : Entre tabous et idées reçues. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 23(138), 438-441. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2023.05.001>

Castaldo, A., Leon Garcia, J. F. J., D'Amico, A., Perrotta, G., & Eleuteri, S. (2025). Barriers Related to the Identification and Satisfaction of the Sexual Needs of Nursing Homes' Residents : A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(8), 1163. <https://doi.org/10.3390/ijerph22081163>

Charret, L., & Samson, S. T. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*, 45(1), 17-36. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0017>

Dupras, A. (2016). Une sexualité en santé et enchantée pour les personnes âgées. *Empan*, 102(2), 123-129. <https://doi.org/10.3917/empa.102.0123>

Éloi, M., & Martin, P. (2017). La personne au centre de la prise en charge en EHPAD : Entre règles, pratiques et représentations. *Revue française des affaires sociales*, (1), 21-40. <https://doi.org/10.3917/rfas.171.0021>

Foucart, J. (2003). La vieillesse : Une construction sociale. *Pensée plurielle*, 6(2), 7-18. <https://doi.org/10.3917/pp.006.0007>

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : À la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

Quentin, B. (2012). Grand âge et sexualité : D'une modernité à l'autre ou démocratisation contre société des images. *Gérontologie et société*, 35-140(1), 63-77. <https://doi.org/10.3917/gs.140.0063>

Lambelet, A., Brzak, N., Avramito, M., & Hugentobler, V. (2019). Vie sexuelle des personnes âgées en institution : Ce qu'elles en disent. *Gérontologie et société*, 41160(3), 155-168. <https://doi.org/10.3917/gs1.160.0155>

Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., & Wang, T. (2005). Sexual problems among women and men aged 40–80 y: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, 17(1), 39-57. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901250>

Ranchin, B. (2013). Derrière la vieillesse, la vie. Représentations, territoires, enjeux. *Empan*, 91(3), 18-21. <https://doi.org/10.3917/empa.091.0018>

Autres références :

Ahrne, M. (1974). *Promenade au pays de la vieillesse*. Film documentaire. https://www.film-documentaire.fr/4DACTION/w_fiche_film/37537

ANFE. (2019). *Sciences de l'occupation : de la théorie à la pratique Le concept d'équilibre occupationnel : application des connaissances en ergothérapie*. LME, 41. Association nationale française des ergothérapeutes. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/LME_Sciences-de-l'occupation-de-la-theorie-a-la-pratique_Mai2019_42.pdf

ANFE. (s. d.). *Qu'est ce que l'ergothérapie ?* Association nationale française des ergothérapeutes. Consulté 2 septembre 2025, à l'adresse <https://anfe.fr/qu'est-ce-que-l-ergotherapie/>

Balavoine, A. (2022). *Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (DREES). Consulté 30 septembre 2025, à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/des-residents-de-plus-en-plus-ages-et>

De la santé et des sports, M. (2010). *Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière : 2° rapport d'activité 2005>2008*. Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.msscs.2010.01>

HAS. (2024). *Évaluation de la prise en soin des personnes âgées selon le référentiel de certification*. Haute autorité de santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_personnes_agees_certification.pdf

HAS. (2025a). *Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS. Volet 1 - Socle transversal*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-02/accompagner_la_vie_intime_affective_et_sexuelle_des_personnes_en_essms_volet_1_socle_transversal_rhpp.pdf

HAS. (2025b). *Changer de regard sur la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS pour mieux les accompagner*. Haute Autorité de Santé. Consulté 1 octobre 2025, à l'adresse 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

ISA. (s. d.a). *Intimité, sexualité et autonomie des personnes âgées et des seniors : charte - formation*. Consulté le 30 septembre 2025, à l'adresse <https://charte-isa.com/>

ISA. (s. d.b). *Vie intime, affective et sexuelle en EHPAD : respecter, accompagner et promouvoir les droits fondamentaux*. Consulté le 30 septembre 2025, à l'adresse <https://charte-isa.com/vie-affective-intime-et-sexuelle-en-ehpad/>

Légifrance. (2021). *CIRCULAIRE N° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences*. Consulté 21 décembre 2025, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=45220>

L'ergothérapeute. (2016, janvier 15). <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/a-qui-s-adresser/preserver-son-autonomie/a-qui-s-adresser/l-ergotherapeute>

Mauger, G. (2001). « *La jeunesse n'est qu'un mot* ». *A propos d'un entretien avec Pierre Bourdieu*. *Agora débats/jeunesses* (p.137-142). https://www.persee.fr/doc/agora_1268-5666_2001_num_26_1_1924

Ministère de la santé. (s. d.). *Ergothérapeute*. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Consulté 8 octobre 2025, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/le-repertoire-des-metiers-de-la-sante-et-de-l-autonomie-fonction-publique/soins/sousfamille/soins-de-reeducation/metier/ergotherapeute>

Mon Parcours Handicap. (2025). *Vie intime, affective et sexuelle des personnes en situation de handicap : De quoi parle-t-on ?*. Consulté 2 septembre 2025, à l'adresse <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/vie-intime-et-parentalite/vie-intime-affective-et-sexuelle-de-quoi-parle-t>

OMS. (2025). *Vieillesse et santé*. Organisation mondiale de la santé. Consulté 4 octobre 2025, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Personnes âgées. (2016). *Les EHPAD*. Consulté 9 octobre 2025, à l'adresse <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad>

Rennie, K. (2022). *Attitudes to sexual expression in nursing home residents with dementia must change*. Queen Margaret University, Edinburgh. Consulté 14 novembre 2025, à l'adresse <https://www.qmu.ac.uk/news-and-events/news/2022/20221205-sexual-expression-in-care-homes>

Ribes, G. (2009). *Sexualité et vieillissement*. Chronique sociale. <https://www.em-consulte.com/article/244144/pdf/sexualite-et-vieillissement-gerard-ribes-chronique>

Rousset, M. (2023). *Maintenir ou (re)trouver son équilibre occupationnel*. <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2023/02/Guide-pratique-EO-Comment-bien-soccuper.pdf>

Sante.gouv.fr. (2017). *Le droit des usagers*. Consulté 9 février 2026, à l'adresse https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/droits_et_libertes_des_residents_juin_2017.pdf

Sante.gouv.fr. (2024). *Santé sexuelle*. Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Consulté 21 décembre 2025, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>

UNI-SANTE. (2024). *EHPAD : quelle offre en 2024 en France ?* <https://synerpa.fr/wp-content/uploads/2024/09/Synthese-EHPAD-quelle-offre-en-2024.pdf>

Annexes

Annexe I : Grille d'entretien.....	1
Annexe II : Formulaire de consentement.....	6
Annexe III : Retranscription E1.....	9
Annexes IV : Implication de la loi Jardé.....	16

Annexe I : Grille d'entretien

Guide d'entretien

Public ciblé :

- Être ergothérapeute diplômé d'état (EDE)
- Avoir travaillé ou travailler avec des personnes âgées en EHPAD

Introduction :

Bonjour, je tiens à vous préciser que cet entretien s'inscrit dans le cadre de la recherche menée pour mon mémoire. Vos réponses y seront présentées de manière anonyme.

Avant de commencer dois-je vous tutoyer ou vous vouvoyer ?

De plus, afin de faciliter la restitution fidèle de notre entretien, son enregistrement serait d'une grande aide. M'autorisez-vous à enregistrer notre échange ?

Êtes-vous d'accord pour que je lance l'enregistrement dès maintenant ?

Je suis Camille Bédier et je suis étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à Saint-Sébastien de Morsent, à l'institut la Musse. Je vous sollicite dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche de fin d'études qui porte sur l'accompagnement de l'ergothérapeute dans l'équilibre occupationnel des personnes âgées concernant la vie intime, affective et sexuelle au sein d'un EHPAD.

L'entretien que j'ai prévu comporte 21 questions principales, j'estime le temps à environ 30 minutes. Vous êtes entièrement libre dans vos réponses, il n'existe ni réponse juste ni réponse incorrecte. N'hésitez pas à me demander de reformuler si certaines questions ne vous paraissent pas claires. Votre participation à cet entretien est volontaire, vous pouvez donc, à tout moment, choisir d'y mettre fin, de faire une pause ou de demander un report. Dans ce mémoire nous allons utiliser l'acronyme VIAS qui veut dire vie intime, affective et sexuelle.

Définition :

« La vie intime concerne les pensées, le corps, les parties intimes, les fantasmes, les désirs, les relations amoureuses ou les pratiques sexuelles seules ou avec un, une ou plusieurs partenaires. »

« La vie affective fait référence aux sentiments, aux émotions et aux relations affectives »

« La vie sexuelle ne caractérise pas forcément le rapport sexuel. La sexualité sensorielle et sensuelle peut satisfaire les besoins (caresses, baisers). Ces pratiques sexuelles peuvent apporter plusieurs formes de plaisir, y compris l'orgasme. La vie sexuelle peut s'exprimer de différentes manières ou se décliner différemment selon chaque personne. Tels que faire l'amour et/ou avoir des relations sexuelles sans nécessairement avoir des sentiments ; caresser le corps ou le sexe du partenaire ; la masturbation... »

Si vous le voulez bien, nous pouvons commencer.

Question informative :

1. Puis-je connaître votre nom, âge et sexe ?
2. En quelle année avez-vous été diplômé et dans quel IFE ?
3. Quand et pendant combien de temps avez-vous travaillé avec des personnes âgées en EHPAD ?

Grille d'entretien :

Partie 1 : questions générales

4. Comment s'exprime la VIAS chez la personne âgée en EHPAD ?
5. Comment percevez-vous le lien entre VIAS et équilibre occupationnel chez la personne âgée ?

Partie 2 : (hypothèse 1)

6. Utilisez-vous des modèles conceptuels en ergothérapie dans votre pratique ?

- Si oui, lesquels ?
 - Si non, pourquoi ?
7. Comment les modèles conceptuels vous aide-t-il à comprendre la situation occupationnelle des résidents ?
8. Avez-vous déjà mobilisé ces modèles, en utilisant leurs outils, pour aborder des dimensions liées à l'intimité ou à la VIAS ?
9. En quoi ces modèles et ces outils constituent-ils, ou non, un soutien dans vos accompagnements ?
10. Pensez-vous que l'utilisation de modèles conceptuels favorise une meilleure prise en compte :
- De la personne dans sa globalité ?
 - De l'équilibre occupationnel ?
 - De la VIAS ?
11. Pouvez-vous donner un exemple concret où un modèle conceptuel vous a aidé dans une situation liée à la VIAS ?

Partie 3 : (hypothèse 2)

12. Prenez-vous en compte la VIAS dans votre pratique ?
- Si oui, comment ?
 - Si non, pourquoi ?

13. Selon vous, quelles sont les représentations sociales les plus fréquentes concernant la VIAS chez la personne âgée ?

14. Pensez-vous que ces représentations influencent :

- Les pratiques professionnelles ?
- Les décisions institutionnelles ?
- Votre propre posture d'ergothérapeute ?

15. Avez-vous déjà pris un temps de réflexion sur vos propres représentations concernant la VIAS ?

Question de relance :

- Si oui, en quoi cette réflexion est-elle importante, ou non, dans votre pratique ?

16. Lors de votre formation initiale en ergothérapie, la thématique de la VIAS a-t-elle été abordée ?

- Si oui, de quelle manière ?
- Si non, cela vous a-t-il manqué ?

Question de relance :

- Comment ce manque ou cet apport influence-t-il votre pratique actuelle ?
- Avez-vous développé des stratégies personnelles pour compenser ces manques ?

17. La question des représentations sociales liées à la VIAS a-t-elle été évoquée pendant votre formation ?

18. Pensez-vous que votre formation initiale vous a suffisamment préparé(e) à aborder la VIAS auprès de la personne âgée en EHPAD ?

Conclusion :

Nous avons à présent terminé l'entretien.

19. Pensez-vous que la formation initiale des ergothérapeutes prépare adéquatement à la prise en soin liée à la VIAS ? Pourquoi ?

20. Quels outils des modèles conceptuels ou apports vous sembleraient utiles pour mieux intégrer la VIAS dans la pratique en EHPAD ?

21. Souhaitez-vous ajouter quelque chose que nous n'avons pas abordé ?

Je vous remercie grandement du temps accordé, de votre disponibilité et de l'intérêt porté à mon sujet de mémoire d'initiation à la recherche.

Je vous souhaite une agréable journée/fin de journée/soirée.

Annexe II : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

1. Présentation du projet

Dans le cadre d'un travail d'initiation à la recherche, vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par Madame BEDIER Camille, étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'institut de Formation en Ergothérapie (IFE) de l'Hôpital La Musse (27180 Saint-Sébastien-de-Morsent). Cette recherche porte sur l'accompagnement de l'ergothérapeute dans l'équilibre occupationnel des personnes âgées concernant la vie intime, affective et sexuelle au sein d'un EHPAD.

Ce projet ne bénéficie d'aucun financement et votre participation ne donnera lieu à aucune compensation financière.

2. Déroulement de votre participation

Votre contribution consistera en un entretien semi-directif d'une durée approximative de quarante-cinq minutes.

Cet entretien pourra être réalisé :

- En présentiel
- Par téléphone
- Ou en visioconférence, selon votre préférence

Avec votre accord, l'échange sera enregistré au format audio afin de faciliter son analyse. Cet enregistrement sera utilisé exclusivement dans le cadre de ce travail de recherche. Après retranscription écrite, l'enregistrement ainsi que les notes qui en sont issues seront supprimés.

3. Engagement volontaire et droit du participant

Votre participation repose entièrement sur le volontariat.

Vous êtes libre :

- D'accepter ou de refuser de participer,
- D'interrompre l'entretien à tout moment,
- De ne pas répondre à certaines questions si vous ne le souhaitez pas

Aucun risque particulier n'est associé à cette étude, hormis le temps que vous y consacrerez.

4. Confidentialité et utilisation des données

Seules les informations nécessaires à la réalisation de cette recherche seront recueillies. Les données collectées seront traitées de manière strictement confidentielle et anonymisée.

Si vous en exprimez le souhait, les résultats de l'étude pourront vous être communiqués selon les modalités que vous indiquerez.

5. Modalités de consentement

Si vous acceptez de participer, il vous est demandé de compléter et signer le présent document.

Deux exemplaires seront établis :

- Un exemplaire conservé par la responsable de la recherche,
- Un exemplaire conservé par vous-même.

Si certains éléments de ce document vous semblent imprécis ou difficiles à comprendre, vous être invité(e) à demander des explications complémentaires avant de signer.

Déclaration de consentement

Je soussigné(e) :

.....

Déclare avoir pris connaissance des informations relatives à l'étude mentionnée ci-dessous et accepter d'y participer librement et en toute connaissance de cause.

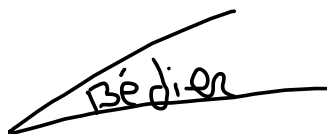
Je reconnais :

- Avoir été informé(e) de l'objectif de la recherche portant sur l'accompagnement de l'ergothérapeute dans l'équilibre occupationnel des personnes âgées concernant la vie intime, affective et sexuelle au sein d'un EHPAD.
- Participer de manière volontaire et pouvoir me retirer à tout moment sans justification.
- Autoriser l'enregistrement audio de l'entretien, en sachant que les données seront anonymisées, utilisées uniquement dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche, puis supprimées après retranscription.

Fait le//2026

À.....

Signature de l'étudiante :

A handwritten signature in black ink that reads "Bedier". The signature is written in a cursive style with a long, sweeping underline that extends to the right.

BEDIER Camille

Etudiante en 3^{ème} année- IFE La Musse

cambed1404@gmail.com

06 42 94 06 26

Signature du participant :

Annexe III : Retranscription E1

Etudiante : Je suis Camille Bédier et je suis étudiante en 3ème année d'ergothérapie à Saint-Sébastien-de-Morsent, à l'institut La Musse. Je te sollicite dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche de fin d'études qui porte sur l'accompagnement de l'ergothérapeute dans l'équilibre occupationnel des personnes âgées concernant la vie intime, affective et sexuelle au sein d'un EHPAD. L'entretien que j'ai prévu comporte 21 questions principales, j'estime le temps à environ 45 minutes. Tu es entièrement libre dans tes réponses, il n'existe ni réponse juste ni réponse incorrecte. N'hésite pas à me demander de reformuler si certaines questions ne te paraissent pas claires. Ta participation à cet entretien est volontaire, tu peux donc, à tout moment, choisir d'y mettre fin, de faire une pause ou de demander un report. Dans ce mémoire, nous allons utiliser l'acronyme VIAS qui signifie vie intime, affective et sexuelle. Du coup, là je vais te donner la définition. La vie intime concerne les pensées, le corps, les parties intimes, les fantasmes, les désirs, les relations amoureuses ou les pratiques sexuelles seules ou avec un, une ou plusieurs partenaires. La vie affective fait référence aux sentiments, aux émotions, aux relations affectives, à l'amitié avec d'autres personnes. La vie sexuelle ne caractérise pas forcément le rapport sexuel. La sexualité sensorielle et sensuelle peut satisfaire les besoins (caresses, baisers). Ces pratiques sexuelles peuvent apporter plusieurs formes de plaisir, y compris l'orgasme. La vie sexuelle peut s'exprimer de différentes manières ou se décliner différemment selon chaque personne. Telles que faire l'amour et/ou avoir des relations sexuelles sans nécessairement avoir des sentiments ; caresser le corps ou le sexe du partenaire ; la masturbation... » Si tu le veux bien, nous pouvons commencer.

E1 : C'est parti

Etudiante : Puis-je connaître ton nom, ton âge et ton sexe ?

E1 : Alors E1, femme, 25 ans, 26, pardon, j'ai eu mon anniversaire il n'y a pas longtemps, pardon je connais mon âge.

Etudiante : En quelle année as-tu été diplômé(e) et dans quel IFE ?

E1 : Alors j'étais diplômée en 2022 de l'institut la Musse à Saint-Sébastien de Morsan.

Etudiante : Quand et pendant combien de temps as-tu travaillé avec des personnes âgées en EHPAD ?

E1 : Alors depuis août 2024, je travaille en EHPAD, donc ça fait un an et demi.

Etudiante : Comment s'exprime la VIAS chez la personne âgée en EHPAD ?

E1 : Ouf... Difficilement. Comment elle s'exprime, euh.... Alors elle se verbalise pour certains, elle s'exprime par des gestes pour d'autres pour la plupart, je dirais.

Etudiante : Comment perçois-tu le lien entre VIAS et équilibre occupationnel chez la personne âgée ?

E1 : Pour moi c'est complètement lié dans le sens où les activités sexuelles, quelles qu'elles soient comme tu disais que ce soit bisous, caresses ou masturbation, ça fait partie des occupations de vie quotidienne. Et du coup si une personne perd cette occupation et qu'elle a la volonté de la recouvrer, pour moi on est complètement dans une perte d'équilibre occupationnel.

Etudiante : Utilises-tu des modèles conceptuels en ergothérapie dans ta pratique ?

E1 : Alors j'ai utilisé, mais c'est vrai que je ne l'utilise plus trop. Ceci dit la MCREO pour ça serait plutôt pas mal.

Etudiante : Ok, du coup avant tu utilisais quoi ?

E1 : MCREO

Etudiante : Et du coup pourquoi tu les utilises plus ?

E1 : Alors je ne les utilise plus parce qu'on a beaucoup de résidents. Je suis à 50 % du coup dans deux établissements. Et c'est vrai que passer les MCRO, ça me prenait un petit temps en plus du côté rédactionnel et je me suis vite rendu compte que je n'arrivais pas en fait à mettre en place tous les objectifs que je voulais. Du coup je le fais plutôt maintenant de façon informelle. Je réalise toujours les entretiens de rencontre pour sonder un petit peu quelles sont leurs occupations du quotidien. Comment est-ce qu'ils se sentent au niveau du rendement, de la satisfaction toujours avec principalement des mises en situation écologique, mais c'est vrai que je n'utilise plus l'outil tel quel dans les règles de l'art. Je ne sais pas si j'ai répondu à ta question ou pas.

Etudiante : Oui tu as répondu à la question. Du coup la prochaine question c'est comment les modèles conceptuels t'ont aidé à comprendre la situation occupationnelle des résidents ? Vu que tu l'as utilisé avant.

E1 : Bah ça m'aide à la comprendre dans le sens où c'est leur ressenti à eux. Et c'est vrai que pour évaluer l'équilibre occupationnel, en fait il n'y a qu'eux qui peuvent nous dire même si nous on observe admettons des rendements qui sont moyens ça m'est arrivé beaucoup de fois. Je le sais que le rendement il n'est pas bon, mais pour la personne il est bon et il y a de la satisfaction donc c'est ça qui prime en fait. C'est oui, pouvoir recueillir leur avis à eux et leurs mots.

Etudiante : Ok. As-tu déjà mobilisé ces modèles, en utilisant leurs outils, pour aborder des dimensions liées à l'intimité ou à la VIAS ?

E1 : Non, pas avec les outils.

Etudiante : En quoi ces modèles et ces outils constituent-ils, ou non, un soutien dans tes accompagnements ?

E1 : Alors franchement ça n'en constitue plus, mais à la base si je les utilisais, c'était vraiment pour pouvoir légitimer l'ergothérapie et vu que c'est un outil qui est vraiment propre à nous. Moi ça me permettait de me sentir bien quand je les utilisais quand je les rédigeais. Et de dire je suis ergothérapeute quoi c'est mon outil.

Etudiante : Penses-tu que l'utilisation de modèles conceptuels favorise une meilleure prise en compte de la personne dans sa globalité ?

E1 : Oui je pense

Etudiante : Et de l'équilibre occupationnel ?

E1 : Aussi

Etudiante : Et de la VIAS ?

E1 : Oui, ça j'en suis convaincue.

Etudiante : Prends-tu en compte la VIAS dans ta pratique ?

E1 : Toujours. Ça fait partie intégrante de la vie d'une personne que ce soit une vie passée, une vie actuelle ou une vie désirée. Mais oui ça fait partie intégrante de la personne dans son identité dans son intimité.

Etudiante : Et du coup comment tu la prends en compte ?

E1 : Alors ça dépend, moi je pose des questions quand même pendant l'entretien. Et bien souvent les résidents eux en parlent d'eux-mêmes ou bien les équipes rapportent qu'il y a eu tel ou tel comportement ou telle ou telle parole. Et là à ce moment-là, nous on peut intervenir alors plutôt en équipe, j'évite d'intervenir en individuel, je bosse pas mal avec la psychologue sur ce type de sujet.

Etudiante : Selon toi, quelles sont les représentations sociales les plus fréquentes concernant la VIAS chez la personne âgée ?

E1 : Et bah qu'ils n'en ont plus. C'est ça qui revient quand même beaucoup. Tu sais tu as des réactions de collègues qui sont un peu surpris ou choqués en mode mais quoi mais à cet âge-là ça existe plus. Alors que s'il y a toujours des désirs.

Etudiante : Penses-tu que ces représentations influencent les pratiques professionnelles ?

E1 : Complètement

Etudiante : Est-ce que ça influence les décisions institutionnelles ?

E1 : Oui ou même les non-décisions.

Etudiante : Et tu penses comment du coup que ça les influence ?

E1 : Et bah dans le sens où nous on va pouvoir remarquer certaines choses et proposer des choses. Et en fait, des fois, ce sont des propositions qui restent dans le vide et où on ne fait rien parce que par méconnaissances principalement et je ne parle pas que de la direction il y a de ça aussi mais pas seulement.

Etudiante : Est-ce que du coup ça influence ta posture d'ergothérapeute ?

E1 : C'est une très bonne question ça. Je dirais... Est-ce que ça influence ma posture ? Elle est dure cette question. Est-ce que c'est que je n'ai pas de recul sur ma pratique ou quoi ? Je dirais que non. Comme ça je dirais que non.

Etudiante : As-tu déjà pris un temps de réflexion sur tes propres représentations concernant la VIAS ?

E1 : Oui

Etudiante : En quoi cette réflexion est-elle importante, ou non, dans ta pratique ?

E1 : En quoi est-ce qu'elle est importante dans ma pratique ? Bah je pense que ça me permet de mieux comprendre quels sont les enjeux qui sont derrière ces thématiques de leur vie intime affective et sexuelle, VIAS, pardon et de pouvoir accompagner au mieux les résidents et mieux les comprendre surtout quand on aborde ce type de problématiques et c'est aussi pouvoir me permettre à moi-même d'avoir cette ouverture d'esprit et ce non-jugement parce que des fois on le sait les résidents ils peuvent le dire avec leurs mots qui sont pas forcément les nôtres d'aujourd'hui. Et je pense que ça m'apporte quand même cette ouverture d'esprit. À mon avis, je l'avais déjà avant, mais ça me permet de mieux les comprendre.

Etudiante : Lors de ta formation initiale en ergothérapie, la thématique de la VIAS a-t-elle été abordée ?

E1 : Oui.

Etudiante : De quelle manière ?

E1 : C'était incroyable, c'était avec un cours, tu l'as peut-être eu aussi avec Margot Cattin.

Etudiante : Oui je l'ai eu.

E1 : J'avais adoré son cours, on avait aussi beaucoup parlé d'éthique. Donc oui, on l'a eue.

Etudiante : Comment cet apport influence-t-il ta pratique actuelle ?

E1 : L'apport des cours ?

Etudiante : Oui

E1 : Difficile à dire. Je pense que ce que ça m'a apporté, c'est que je m'y suis davantage intéressée et davantage renseignée sur le sujet. Après je ne suis pas tellement sûre que ça m'ait apporté plus que ça parce qu'à vrai dire ouais les cours à l'IFE c'était pas mal mais je me suis davantage formée en fait en sortant de l'école. Franchement il n'y a pas photo.

Etudiante : La question des représentations sociales liées à la VIAS a-t-elle été évoquée pendant ta formation ?

E1 : Je crois mais je ne sais plus. Mais oui, je crois avec Margot Cattin, il me semble que ça a été une des thématiques.

Etudiante : Penses-tu que ta formation initiale t'a suffisamment préparée à aborder la VIAS auprès de la personne âgée en EHPAD ?

E1 : Non.

Etudiante : Nous avons à présent terminé l'entretien. Il reste 3 questions. Penses-tu que la formation initiale des ergothérapeutes prépare adéquatement à la prise en soins liée à la VIAS et pourquoi ?

E1 : Alors non, je ne pense pas. Après je sais que dans tous les IFE on n'a pas tous les mêmes programmes, on n'est pas tous logés à la même enseigne. Je pense que chez nous à la Musse, on a eu quand même vraiment beaucoup de chance d'avoir Margot Cattin. Mais après je trouve que le souci est le même pour la VIAS que pour toutes les thématiques globalement. C'est qu'on n'a que trois ans d'études, on a un métier qui est hyper large. Donc ça c'est plutôt le pourquoi, je réponds au pourquoi. On a un métier qui est hyper large et c'est impossible de voir toutes les thématiques. C'est que moi, je suis ressorti de l'école avec des trucs que je n'ai jamais vus et que j'ai appris sur le terrain. Et la VIAS pour le coup ouais pour moi faut vraiment la perfectionner faire davantage de recherche dessus. On ne peut pas tout apprendre à l'école. Enfin moi je sais que je n'ai pas pu tout apprendre à l'école et puis c'est aussi comme tu disais tout à l'heure un peu des réflexions personnelles et pouvoir s'ouvrir soi-même à ce sujet-là. Ça pour le coup ça dépend de chacun. C'est quoi la question de base ?

Etudiante : Quels outils des modèles conceptuels ou des apports te sembleraient utiles pour mieux intégrer la VIAS dans la pratique en EHPAD ?

E1 : Concernant les modèles ?

Etudiante : Oui.

E1 : Et pour pouvoir du coup l'implanter auprès des équipes ?

Etudiante : Oui aussi.

E1 : C'est dur. Je ne me suis même pas posé la question. Honnêtement, je ne sais pas te répondre. La MCRO, ouais tu peux aborder le sujet mais ça en touche plein d'autres ce n'est pas spécifique à la VIAS. Mais ouais je ne jure pas trop que par la MCRO.

Etudiante : Souhaites-tu ajouter quelque chose que nous n'avons pas abordé ?

E1 : Non pas spécialement.

Etudiante : Je te remercie grandement du temps que tu m'as accordé, de ta disponibilité et de l'intérêt porté à mon sujet de mémoire d'initiation à la recherche.

Je te souhaite une agréable journée.

Annexes IV : Implication de la loi Jardé



Institut de formation en ergothérapie La Musse
CS 20119,
27180 Saint-Sébastien-de-Morsent
tél. : 02 32 07 29 95
lr@lrs-lamusse.net



le 07/11/2018

Complément au Guide méthodologique pour la réalisation du mémoire d'initiation à la recherche

Conformément à l'application de la loi JARDE du 2 mars 2012, un étudiant de l'IFELM qui inscrit son travail d'initiation à la recherche dans la catégorie 3, a la possibilité de réaliser :

- Des questionnaires et entretiens auprès de professionnels
- Des questionnaires et entretiens auprès d'ergothérapeutes
- Des questionnaires et entretiens auprès de bénévoles d'associations
- Des recueils et exploitations de données issues de dossiers médicaux
- Des entretiens auprès d'adultes sans vulnérabilité spécifique et recrutés dans la population générale
- Des questionnaires et entretiens auprès de patients ou résidents s'il s'agit d'interroger les pratiques professionnels et/ou l'organisation des soins

Pour chacune de ces situations, le consentement écrit des participants est obligatoire et doit être recueilli par l'étudiant.

L'étudiant s'engage à préserver l'anonymat de la personne.

Les étudiants ne sont donc pas autorisés à réaliser des questionnaires et entretiens auprès des patients ou résidents lorsque la recherche est en lien avec le traitement et les soins de la personne. En effet, l'étudiant ne doit en aucun cas modifier la prise en charge de la personne.

Yves PRUDENT

FONDATION HOSPITALIERE RECONNUE D'UTILITE PUBLIQUE PAR DECRET DU 8 JUILLET 1928

Siège social : 4, rue Georges Pioquet, 75017 Paris tél. : 01 43 20 77 04 fax : 01 40 51 70 01 larsnaissancesanitaire@lrs-fondation.net
www.larsnaissancesanitaire.fr

L'accompagnement de l'ergothérapeute dans l'équilibre occupationnel des personnes âgées concernant la vie intime, affective et sexuelle au sein d'un EHPAD.

BEDIER Camille

Résumé : La VIAS des personnes âgées en EHPAD est essentielle à la dignité et à l'équilibre occupationnel, mais reste peu reconnue et taboue. Ce mémoire interroge sur : comment les ergothérapeutes, dans leur pratique professionnelle, prennent en compte la vie intime, affective et sexuelle pour préserver l'équilibre occupationnelle des personnes âgées résidant en EHPAD ? La littérature et les entretiens montrent une VIAS présente mais influencée par différents facteurs. Les modèles conceptuels sont utiles mais peu mobilisés de façon structurée en pratique. Ce mémoire souligne la nécessité de renforcer la formation initiale des ergothérapeutes.

Mots clés : ergothérapie, vie intime, affective et sexuelle, équilibre occupationnel, personnes âgées, modèles conceptuels, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

The role of occupational therapists in supporting older adult's occupational balance regarding their intimate, emotional, and sexual lives within a nursing home.

Abstract : The intimate, emotional, and sexual lives of older adults in nursing homes are essential to their dignity and occupational balance, yet they remain largely unrecognized and considered taboo. This thesis explores how occupational therapists, in their professional practice, take into account the intimate, emotional, and sexual lives of older adults residing in nursing homes to preserve their occupational balance ? The literature and interviews indicate that IESL is present but influenced by various factors. Conceptual models are useful but rarely applied in a structured manner in practice. This thesis highlights the need to strengthen the initial training of occupational therapists.

Keywords : occupational therapy, intimate, emotional and sexual lives, occupational balance, older adults, conceptual models, residential care facilities for dependent older adults.

