



HAL
open science

La prise en compte par les ergothérapeutes de la sexualité des patients en service de rééducation

Michaël Talavera

► **To cite this version:**

Michaël Talavera. La prise en compte par les ergothérapeutes de la sexualité des patients en service de rééducation. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02866306

HAL Id: dumas-02866306

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02866306>

Submitted on 12 Jun 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



Aix-Marseille Université

Faculté des sciences médicales et paramédicales

Ecole des sciences de la réadaptation

Formation en ergothérapie



Michaël Talavera

UE 6.5 S6 : Mémoire d'initiation à la
recherche

Le 18/05/2020

**La prise en compte par les ergothérapeutes de la sexualité des
patients en service de rééducation**

Sous la direction de Julien Pavé et Anne Vassalo

Diplôme d'état d'ergothérapie

« C'est sûr, l'amour est la réponse. Mais pendant que vous êtes en train d'attendre la réponse, le sexe pose des questions très pertinentes. » - Woody Allen

Remerciements

Je remercie Anne Vassalo pour sa disponibilité et ses conseils avisés à chacune de mes sollicitations. Merci également de m'avoir accueilli avec autant de bienveillance à la MAS.

Je remercie également Julien Pavé pour son aide lors de la rédaction de ce mémoire et durant toute la formation. Vos discours enflammés et votre regard sur l'ergothérapie resteront toujours une source d'inspiration.

J'adresse une profonde gratitude aux ergothérapeutes qui ont pris du temps pour répondre à mes questionnaires et entretiens.

Je tiens à dire un grand merci à toute l'équipe pédagogique, Mme Després, Mme Blanc et Mme Albuquerque. Vous m'avez torturé avec vos dossiers et vos analyses de pratique mais vous m'avez fait évoluer personnellement et professionnellement.

Il m'est impossible de ne pas remercier le groupe d'amies qui m'a accompagné durant ces trois ans. Quel plaisir et quel honneur d'avoir traversé cette formation à vos côtés ! Merci pour tout les filles !

Je remercie ma mère, le pilier de ma vie, pour le temps qu'elle a consacré à relire tous mes travaux, pour ses encouragements et pour ne pas avoir trop montré à quel point cette réorientation l'inquiétait.

Je remercie ma compagne sans qui je n'aurai jamais osé passer le concours d'Ergothérapeute. Merci pour ton soutien sans faille et pour la force et l'amour que tu me donnes tous les jours.

Enfin, je remercie mon fils qui est né au début de la formation. Merci pour le sommeil en moins, l'inquiétude, les rides en plus... Merci de m'avoir fait découvrir l'amour véritable et inconditionnel et d'avoir donné un sens à ma vie.

Sommaire

1 Introduction	1
1.1 Le contexte	1
1.2 Le thème	2
1.3 Résonance du thème	4
1.3.1 Enjeux sociétaux.....	4
1.3.1 Enjeux professionnels.....	5
1.4 La revue de littérature.....	5
1.4.1 Méthodologie de recherche	5
1.4.2 Champs disciplinaires.....	6
1.4.3 Mots clefs et tableau de résultat	6
1.4.4 Critères d'inclusion	7
1.4.5 Critères d'exclusion.....	8
1.5 Analyse de la revue de littérature	8
1.5.1 La vision de la société sur la sexualité des personnes en situation de handicap	9
1.5.3 les conséquences négatives pour la personne	10
1.5.4 Les pistes d'améliorations	11
1.5.5 Analyse du niveau de scientificité.....	11
1.6 Problématisation pratique	12
1.7 Enquête exploratoire.....	12
1.7.1 Objectifs, population et choix de l'outil de recueil de données.....	12
1.7.2 Biais et construction de l'outil.....	14
1.7.3 Résultats de l'enquête et comparatif avec la littérature	15
1.8 Question initiale de recherche	17
1.9 Cadre conceptuel	17

1.9.1 La sexualité	18
1.9.2 Le tabou	20
1.9.3 Le concept de scripts (sexuels et professionnels)	22
2 Matériel et méthode	25
2.1 Choix de la méthode de recherche.....	25
2.2 Choix et création de l’outil de recueil de données.....	26
2.3 Test de l’outil de recherche de données	27
2.4 Les biais de l’entretien libre	28
2.5 Déroulement de l’enquête	28
2.6 Choix de l’outil de traitement et d’analyse des données qualitatives	29
3 Résultats	30
3.1 Données descriptives	30
3.2 Données Textuelles.....	30
4 Discussion.....	36
4.1 Interprétation des résultats.....	36
4.2 Eléments de réponse à l’objet de recherche.....	37
4.3 Discussion autour des résultats et critiques du dispositif de recherche.....	38
4.4 Apport, intérêts limites pour la pratique professionnelle	38
4.5 Transférabilité professionnelle	40
4.6 Perspective de recherche	41
Bibliographie	42
Annexes	44

1 Introduction

Dans cette première partie, nous allons présenter le contexte d'émergence du thème choisi ainsi que les enjeux qu'ils représentent.

1.1 Le contexte

L'enseignement de l'Ergothérapie est très varié et couvre un large panel d'intervention. Les concepts suivants sont notamment abordés :

- Une prise en soins holistique dans laquelle le patient dans toutes ses composantes guide notre intervention.
- L'équilibre occupationnel : la vie de l'individu s'articule autour de ses occupations (physiologiques, productives ou de loisirs...). Son bien-être peut être lié au bon équilibre entre ses occupations.
- L'autonomie dans les AVQ¹ : une des missions de l'ergothérapeute est de redonner au maximum une autonomie au patient dans ces activités qui peuvent être significatives.
- Répondre aux besoins : Maslow a hiérarchisé les besoins de l'être humain à travers sa fameuse pyramide. A la base de celle-ci, on retrouve les besoins primaires ou physiologiques dont la sexualité fait partie (1).

La formation d'Ergothérapie nous enseigne comment aider une personne à manger, se laver, se déplacer ou encore communiquer. Cependant, la sexualité des patients est rarement considérée. De plus, lors des stages en institutions, en lieux de vie et à domicile, nous avons pu constater que le sujet n'était pas abordé par les ergothérapeutes. La seule fois où la sexualité d'un patient a été soulevée dans une MAS², cela a créé de vives tensions au sein de l'équipe soignante. Nous avons donc ressenti un point de rupture entre la théorie et la pratique en ce qui concerne la prise en soins. Celle-ci se veut holistique et ouverte mais elle ne prend pas en compte la sexualité. Cela nous a amené à nous questionner :

- Pourquoi la sexualité des personnes en situation de handicap est-elle si peu abordée ?
- Qu'est ce qui la rend particulièrement tabou ?
- Pourquoi certains professionnels ont-ils des réactions de rejet face à elle ?

¹ Activité de la vie quotidienne

² Maison d'accueil spécialisée

- Pourquoi ne fait-elle pas explicitement partie du champ d'intervention de l'ergothérapeute au même titre que d'autres besoins vitaux ?

Après le commencement des recherches, d'autres questions sont apparues. Elles sont également en rapport avec notre pratique en stage :

- Comment respecter la sexualité des patients en institution tout en restant dans un cadre déontologique et juridique ?
- En quoi l'ergothérapeute peut-il intégrer la sexualité des patients dans sa prise en soins afin de répondre à leur équilibre occupationnel ?

1.2 Le thème

Le thème choisi est : la sexualité des personnes en situation de handicap vivant en institution.

Cette thématique s'articule autour de plusieurs champs disciplinaires. En effet, il touche :

- La sociologie : la perception du handicap et de la sexualité dans notre société est définie par des codes et des normes.
- L'ergothérapie : notre discipline a pour objectif d'appréhender les patients de manière holistique, dans tous les domaines de la vie. La sexualité peut faire partie de notre mission.
- L'anthropologie : les perceptions du handicap ainsi que les pratiques sexuelles sont influencées par la culture des peuples.
- Le droit : les pratiques sexuelles sont encadrées par la loi afin de protéger les publics vulnérables.
- La philosophie : l'accès à la sexualité des personnes en situation de handicap soulève des questions éthiques. Notamment le recours à la prostitution et aux assistants sexuels mais également le respect de l'intimité qui peut être difficile en institution.

Avant toute chose, il convient de définir précisément les termes du thème afin de mieux les appréhender.

La sexualité est définie par l'OMS³ en 2002 comme : « un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuel, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction » (2). Nous avons choisi cette définition car l'OMS est une source fiable. De plus, elle est complète car elle rassemble

³ Organisation mondiale de la santé

les aspects biologiques et sociologiques. Elle affirme explicitement le caractère essentiel de la sexualité pour l'individu.

Pour définir le handicap, nous avons choisi de nous pencher sur la loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et particulièrement sur l'article 114. Celui-ci qualifie le handicap de la manière suivante : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (3). La source de cette définition est fiable et complète. C'est pourquoi nous l'avons choisie.

Nous avons ensuite défini les institutions sur lesquelles porteraient nos recherches. Nous nous sommes concentrés sur les lieux de vie mais aussi sur les centres de rééducation. Il y a là deux populations présentant soit un handicap de naissance, soit acquis. Leur point commun étant la vie hors d'un domicile privé au sein d'une communauté de patients et de soignants. Ainsi, il leur est parfois impossible de satisfaire certains besoins non pris en charge par leur entourage direct.

Nous avons utilisé les définitions disponibles sur le site servicepublic.com. L'aspect institutionnel de cette source étant gage de fiabilité.

« La maison d'accueil spécialisée (Mas) propose un hébergement permanent à tout adulte handicapé gravement dépendant dont les capacités de prise de décisions et d'actions dans les actes de la vie quotidienne sont altérées. Ce type d'hébergement peut : proposer des activités quotidiennes d'éveil ou occupationnelles (musique, relaxation, activités manuelles...), et être structuré autour d'unités de vie comprenant 8 à 10 chambres individuelles. » (4)

« Le foyer d'accueil médicalisé (Fam) est une structure d'hébergement qui accueille des adultes gravement handicapés ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante ou d'un suivi médical régulier. » (5)

Selon le site internet du ministère de la santé, les établissements de SSR⁴ effectuent les missions suivantes : «**Une rééducation** pour aider le patient à recouvrer le meilleur potentiel de ses moyens physiques, cognitifs et psychologiques. L'objectif est, autant que possible, la restitution

⁴ Soins de suite et de réadaptation

intégrale de l'organe lésé ou le retour optimal à sa fonction. **Une réadaptation** pour accompagner le patient si les limitations de ses capacités s'avèrent irréversibles. Le but est de lui permettre de s'adapter au mieux à ces limitations et de pouvoir les contourner autant que possible. **Une réinsertion** pour aller au-delà des soins médicaux et garantir une réelle autonomie au patient, dans sa vie familiale et professionnelle, afin qu'il recouvre au maximum les conditions de vie qui précédaient son séjour hospitalier. La réinsertion représente donc l'aboutissement d'une prise en charge totalement personnalisée du patient." (6)

1.3 Résonance du thème

Dans cette partie, nous allons décrire quels enjeux concernent notre thème. Nous évoquerons sa résonance au niveau sociétal et professionnel.

1.3.1 Enjeux sociétaux

Notre société se veut de plus en plus inclusive (3). Le cadre législatif est l'outil principal de cette volonté. En France, on peut citer la loi de 2005 : l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Celle-ci pose un cadre concret pour l'inclusion des personnes en situation de handicap (3). Or, une inclusion totale devrait également concerner l'accès à une sexualité épanouissante. Est-ce le cas dans notre société ?

Depuis plusieurs années une profession a fait son apparition, celle d'aidant sexuel. Celle-ci soulève de nombreuses questions éthiques. Elle n'est pas considérée de manière égale dans chaque pays :

- C'est une activité reconnue en Allemagne, Autriche, Danemark, Israël, Pays Bas, Suisse, Belgique (7)
- Il existe une formation en Suisse et en Autriche (7)
- Un projet de loi est en cours d'examen en Italie afin d'autoriser l'exercice de cette profession. (7)
- En France : l'assistance sexuelle est assimilée à de la prostitution. Les personnes qui pratiquent cette activité ainsi que leurs clients risquent des sanctions pénales. (7)

Ces disparités nous indiquent le dilemme moral et le tabou qui peuvent exister concernant la sexualité des personnes en situation de handicap.

1.3.1 Enjeux professionnels

Ce thème porte également un enjeu professionnel : nous avons assisté à des réactions de rejet à l'évocation de la sexualité des patients en institution. Au cours de nos stages, nous n'avons jamais vu un ergothérapeute évaluer ce besoin ni même l'aborder avec ses patients. Il est donc intéressant d'en apprendre plus sur la vision de notre société concernant la sexualité des personnes en situation de handicap. En ayant une meilleure compréhension du contexte actuel, nous soulevons également un enjeu de santé et de bien-être pour le patient. Celui-ci pourrait alors recevoir une éducation, des soins et être guidé vers une sexualité positive qui réponde à ses besoins. En tant que futurs ergothérapeutes, nous souhaitons pouvoir aborder tout le spectre des activités. Nous pensons que nous nous pencherons également sur la sexualité. Cependant, cela pose de très nombreuses questions qui viennent s'ajouter aux précédentes :

- Comment l'aborder professionnellement tout en respectant l'éthique et le cadre institutionnel et juridique ?
- Quels garde fous existe-t-il ? lesquels sommes-nous capables de mettre en place dans notre activité d'ergothérapeute ? (Éducation, contraception...)

Se pencher sur ce thème nous permettrait donc de comprendre la vision sociétale du handicap. Y a-t-il des préjugés ? D'où viennent-ils ? Est-ce que nous les partageons ? Proposer une pratique positive (éviter les MST⁵, les agressions ou les grossesses non désirées). Cela nous permettrait également d'adapter notre future pratique. Ce travail nous donnerait peut-être les clefs pour comprendre les réactions dont nous pouvons être témoin en situation professionnelle.

1.4 La revue de littérature

Dans cette partie, nous allons expliciter notre méthode de travail. Nous allons exposer les étapes qui nous ont conduit à une sélection de textes. Ensuite, nous analyserons la revue de littérature en établissant les liens entre les différents textes. Nous analyserons également leur pertinence.

1.4.1 Méthodologie de recherche

Dans cette partie, nous allons expliciter notre méthode de recherche. Nous présenterons les champs disciplinaires, le choix des mots clefs ainsi que nos critères d'inclusion et d'exclusion.

⁵ Maladies sexuellement transmissibles

1.4.2 Champs disciplinaires

Pour définir les bases de données à utiliser, nous nous sommes basés sur les champs disciplinaires que pouvaient toucher le sujet. Nous avons donc sélectionné les suivantes :

- Pour la sociologie, l'anthropologie, le droit, le médico-social et la philosophie, nous avons utilisé Cairn, Isidore, Summon et Google scholar. Ces bases de données qui permettent d'avoir accès à des travaux issus des sciences humaines. Elles donnent accès à des textes de différents niveaux de scientificité.
- Pour la science de l'occupation nous avons choisi OTDbase et SAGES qui sont deux bases de données spécialisées sur les publications d'ergothérapie et des sciences de l'occupation.

1.4.3 Mots clefs et tableau de résultat

En accord avec le thème (la sexualité des personnes en situation de handicap vivant en institution spécialisées Fam, Mas et établissement de rééducation) nous avons décidé d'utiliser les mots clefs suivants :

- **Sexualité, handicap, institution.** Le terme institution a été choisi car il était assez global et à la fois représentatif de l'objet de notre recherche. Nous avons également traduit ces termes en anglais par : **Sexuality, disabled, residential**

Nos deux équations de recherche étaient donc :

- **sexualité ET handicap ET institution**
- **sexuality AND disabled AND residential**

Nous avons obtenu les résultats suivants :

Base de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Total	Article retenus
CAIRN	3113 (français) 0 (anglais)	5 (français) 0 (anglais)	6 (français) 0 (anglais)	3124	4

Isidore	X	78 (français) 115 (anglais)	X	193	2
Odabase	0 (français) 10 (anglais)	0 (français) 0 (anglais)	0 (français) 0 (anglais)	10	0
SAGES	12 (français) 2638 (anglais)	0 (français) 4 (anglais)	0 (français) 0 (anglais)	2654	1
Google Scholar	19000 (français) 31000 (anglais)	0 (français) 0 (anglais)	6 (français) 0 (anglais)	50 000	
Summon	695 (français) 3474 (anglais)	36 (français) 16 (anglais)	14 (français) 0 (anglais)	4235	2

Ce tableau nous apporte plusieurs enseignements. Il y a énormément de textes qui apparaissent en résultats dans le texte intégral (60222). Cependant, si l'on regarde le nombre de résultats avec les mots clefs dans le résumé ou le titre, ils chutent respectivement à 254 et 26. A cela, il faut retirer les articles payants. On constate également une redondance dans les articles. En effet, nous retrouvons souvent les mêmes dans les différentes bases de données. Nous avons peut-être choisi des bases trop similaires. Pour la suite de nos recherches, nous nous tournerons vers d'autres outils.

1.4.4 Critères d'inclusion

Au début de la recherche, ont été inclus les articles s'intéressant aux sujets suivants :

- Le polyhandicap/IMC⁶ : Ces patients sont très dépendants. De nombreux aspects de leur vie échappent à leur contrôle direct et notamment la sexualité.

⁶ Infirmité motrice cérébrale

- Les personnes vivant en FAM ou en MAS : Ces lieux accueillent des personnes très peu autonomes au quotidien. L'institution a donc un rôle important dans l'accompagnement de toutes leurs activités.
- Le handicap acquis vivant en institution : cette population apporte un éclairage différent. En effet, ces personnes ont connu une sexualité et une vie en dehors des murs d'une institution.
- En couple : le but était de découvrir si des études avaient été menées sur la possibilité d'une vie de couple en institution.
- Célibataire : cette catégorie est tout autant concernée par notre recherche. En effet, il n'est pas exclu que les patients construisent des relations dans l'institution. Nous avons donc exploré les éventuelles recherches concernant une sexualité récréative individuelle (masturbation).

1.4.5 Critères d'exclusion

Nos investigations nous ont amené à exclure certains articles qui n'étaient pas pertinents pour notre recherche. Nous avons retiré les articles traitant de :

- La sexualité à domicile : comme nous l'avons vu plus haut, nous souhaitons nous pencher uniquement sur les institutions.
- Des abus sexuels : beaucoup d'articles traitaient des abus et des violences sexuelles. Nous avons voulu nous concentrer sur la sexualité consentie et désirée par les patients.
- Des personnes âgées : des textes sur la sexualité et la vieillesse sont ressortis. Cependant, nous n'avons pas souhaité nous pencher sur les institutions gériatriques. En effet, cela aurait trop élargit le champ de notre étude qui est déjà vaste.
- Du handicap social et économique : pour la même raison que le critère ci-dessus.

1.5 Analyse de la revue de littérature

Nous avons créé un tableau récapitulatif des textes retenus dans notre recherche de littérature ([Cf annexe 1](#)). Nous allons ici explorer les thématiques qui émergent des sept articles retenus.

Nous avons notamment relevé quatre thèmes principaux :

- La vision de la société sur la sexualité des personnes en situation de handicap
- L'influence de l'institution sur la sexualité des personnes en situation de handicap
- Les conséquences négatives sur la sexualité des personnes en situation de handicap
- Les pistes d'amélioration

1.5.1 La vision de la société sur la sexualité des personnes en situation de handicap

Le thème que nous avons choisi questionne frontalement cette sous thématique. Quelle vision porte la société sur les personnes en situation de handicap et sur leur sexualité ? A quel point cela peut influencer la vie affective des patients ? Plusieurs études parlent d'abord de la perception ancestrale du handicap. A travers les époques, il a été vu comme une manifestation de la colère divine dans nos sociétés judéo chrétiennes (8). Cette perception nous affecte encore aujourd'hui. Ainsi, les patients interrogés dans une étude ne se sentent plus dignes d'être aimés. Certains pensent même avoir moins de droits que le reste de la population (8). Une publication va encore plus loin dans ce sens. Ses résultats montrent que les personnes « valides », voient les personnes en situation de handicap comme ayant moins le droit d'accéder à une sexualité épanouissante (9).

Le texte l'ange et la Bête évoque la vision des éducateurs spécialisés concernant la sexualité des patients déficients intellectuels (10). L'analyse des entretiens menés nous montre que ces professionnels la considèrent comme une pulsion non contrôlée pouvant aboutir à des comportements violents (10). De même une autre étude expose des comportements réprobateurs de la part des soignants face à la sexualité des patients et tout comportement apparentés (se tenir la main, s'embrasser) (11).

L'Ange et la bête affirme que les parents quant à eux ont une vision désexualisée de leurs enfants atteints de déficiences intellectuelles. Bien que le traitement des entretiens menés dans les familles montre une conscience et une tolérance des comportements masturbatoires. Les résultats de l'étude menée dans cet ouvrage montrent que ces parents pensent que leurs enfants ne sont « pas concernés par la sexualité »(10). Sur ce point, d'autres publications se rejoignent (12). En effet, certains auteurs parlent du phénomène d'asexualisation des hommes atteints de lésion de la moelle épinière (8).

1.5.2 L'influence de l'institution sur la sexualité

Le cadre institutionnel peut influencer la sexualité des personnes en situation de handicap. En effet, une étude constate que 71 % du personnel interrogé considère que les projets individualisés n'intègrent pas la sexualité (10). On peut mettre cela en lien avec d'autres travaux qui montrent que moins de 25% des personnes en situation de handicap vivant en institution ont eu une relation socio-sexuelle, contre 90% en population générale (7). Certaines sources complètent cela (13). En effet, il est mis en évidence que les séjours en SSR sont des freins à la vie intime des couples « valides/handicap acquis » (13).

Dans les institutions spécialisées, les soignants peuvent également représenter un frein à l'épanouissement sexuel des patients. En effet, les résultats d'une étude nous montrent des attitudes très conservatrices voire punitives de certains soignants face à la sexualité des résidents (11). Ces données sont confirmées par les entretiens menés par d'autres chercheurs (10). Nous y apprenons que les éducateurs spécialisés voient la sexualité des déficients intellectuels comme « sauvage » et dénuée d'affectivité. Cette même étude montre que les parents demandent aux éducateurs d'être très strictes dans le contrôle de cette possible sexualité. Bien que pour eux leurs enfants ne soient pas concernés.

De plus, deux études évoquent un problème de formation des soignants, mais également une profonde méconnaissance de la loi. En effet, il y est rapporté que 84 % du panel dit « n'avoir reçu aucune formation sur la question de la sexualité » (10). Cette même étude évoque des conséquences négatives puisque 85% des interviewés affirment « avoir été confrontés à des problèmes liés à la sexualité des personnes accueillies ou suivies » (10). Comment peut-on prendre en compte ce genre de problèmes ?

1.5.3 Les conséquences négatives pour la personne

Tous les freins que nous avons évoqués plus haut engendrent des conséquences importantes pour les individus.

L'attitude des soignants peut être répressive (9, 11) voire punitive à l'encontre des comportements affectueux des patients en institution. Nous observons ce type de comportements conservateurs auprès du personnel ayant la formation universitaire la plus courte. En effet, le manque d'éducation des soignants les confine dans des attitudes réprobatrices (9). Nous voyons ici la pure expression d'une vision sociétale qui réproue une sexualité sortant de la norme. Sans formation, ces professionnels n'ont pas le recul nécessaire pour penser différemment de la société. Sur ces deux points plusieurs études se complètent (6, 9, 10).

Les personnes présentant des retards intellectuels développent des comportements inadaptés à cause d'un manque d'éducation (9). Nous pouvons constater que les personnes en situation de handicap vivant en institution rencontrent des difficultés dans l'expression de leur sexualité. Cette injustice occupationnelle mentionnée par l'étude touche ces deux types de public. Cependant, cela peut être nuancé car une étude montre que les personnes à domicile ont plus de relations sexuelles que celles en institution (7). Enfin, une étude nous montre que 76 % des soignants interrogés « estiment qu'il y a une souffrance liée à la sexualité » chez les patients en

institution (6). On peut se demander quel rôle l'ergothérapeute peut jouer dans ce genre de situation ?

1.5.4 Les pistes d'améliorations

Notre revue de littérature a montré que certaines institutions mettent en place des politiques d'accompagnement à la vie sexuelle. Les résultats obtenus en termes de bien-être pour les patients et d'amélioration des conditions de travail des soignants sont très encourageants. En effet, une étude montre que l'accompagnement sexuel de certains blessés médullaires avait une incidence positive sur leur qualité de vie ainsi que sur leur prise en soins.

Cependant, nous constatons qu'en majorité, ce sont les lieux de vie de type FAM et MAS qui fournissent des efforts afin de prendre en compte la sexualité de leurs résidents. Peut-être est-ce lié à la longue durée des séjours et aux relations plus profondes qui peuvent s'instaurer dans ce cadre avec les équipes soignantes ? Pourquoi trouve-t-on moins d'articles concernant les centres de rééducation ? Ces structures s'interrogent-elles moins sur la sexualité des patients ?

1.5.5 Analyse du niveau de scientificité

Les données analysées plus haut sont toutefois à nuancer. En effet, le nombre de répondants à certaines études est assez faible. Ainsi, on peut questionner la représentativité de l'échantillon. Il est difficile de trouver des enquêtes effectuées sur des populations très importantes. A ce niveau, une seule a porté sur un échantillon important. Cependant, l'étude de base n'était pas orientée explicitement sur la sexualité des personnes en situation de handicap (7).

De plus, nous avons trouvé et présenté ici des analyses d'entretien et de pratiques. En effet, le thème de la sexualité et du handicap soulève plus de recherches de données qualitatives que quantitatives. Or, il faut garder à l'esprit que les analyses d'entretien présentent le risque d'être biaisées par la subjectivité de l'enquêteur. En effet, celui-ci mène l'échange avec le répondant et exploite les réponses. On peut se demander jusqu'à quel point ses préconstruits affectent son travail.

Nos articles sont issus de différents pays, traitent de handicaps divers dans des contextes variés. Cependant, nous avons identifié clairement que leurs résultats s'accordaient. C'est un point positif. Ainsi, même si nous ne prenons pas toutes ces informations pour des vérités absolues, elles nous présentent une tendance générale.

Pour résumer, notre revue de littérature montre que :

- Le handicap a historiquement été considéré comme une manifestation de la colère divine. Aujourd'hui, la vision des personnes en situation de handicap est toujours altérée par cette idée ancestrale. Notre société a tendance à les exclure de certains domaines. La sexualité plus particulièrement car elle répond à des normes très précises. Ainsi, les personnes en situation de handicap sont souvent perçues comme asexuées.
- Les institutions ont un rôle très important dans les pratiques sexuelles des patients dépendants. Les règles et les représentations des soignants peuvent être des freins ou des facilitateurs à la prise en compte de la sexualité. Le manque de connaissance et de formation est également un critère important.
- Les personnes en situation de handicap en institutions ont une activité sexuelle difficile car elle dépend des facteurs ci-dessus. Cela impacte leur qualité de vie.
- Cependant, des actions commencent à être menées. Il s'agit notamment d'aménagements des structures et d'accompagnement sexuel par des professionnels (prostituées, accompagnants sexuels). Toutefois, ces évolutions semblent n'avoir lieu qu'au sein des lieux de vie et non pas dans les services de rééducation.

1.6 Problématisation pratique

A la lumière des informations recueillies dans notre revue de littérature, plusieurs questions émergent :

En premier lieu, on peut se demander pourquoi les initiatives de prise en compte de la sexualité des patients n'ont pas lieu dans les SSR et les CRF⁷ ? Peut-être est-ce le cas mais cela n'a pas été encore étudié ? La littérature montre peu de recherches dans ces institutions. Est-ce que la sexualité y est tout de même prise en compte par les équipes ? Et plus précisément, est-ce que les ergothérapeutes prennent en compte la sexualité de leurs patients en rééducation ? En effet, malgré leur formation à une prise en charge holistique, ont-ils des appréhensions pour aborder la sexualité de leurs patients ? si oui quelles sont-elles ?

1.7 Enquête exploratoire

Dans cette partie, nous allons détailler les modalités de notre enquête exploratoire. Nous expliciterons notre méthodologie puis nous présenterons nos résultats avant de les analyser.

1.7.1 Objectifs, population et choix de l'outil de recueil de données

L'objectif de notre enquête est d'apporter des éléments afin de répondre à notre problématisation pratique. Nous allons nous pencher sur la pratique des ergothérapeutes

⁷ Centres de rééducation fonctionnelle

travaillant en centre de rééducation. Nous allons notamment nous intéresser à leurs représentations de la sexualité, sa prise en compte dans le processus d'intervention et les éventuels freins qu'ils peuvent rencontrer. Nos objectifs généraux seront de :

- Confronter l'état des lieux de littérature à l'état des lieux des pratiques. Il s'agit ici de savoir si comme le suggèrent les études Anglo saxonnes, les ergothérapeutes en services de rééducation n'abordent pas la sexualité de leurs patients.
- Se heurter à la faisabilité ou non de la recherche, jauger la pertinence ou la vivacité de la question de recherche.
- Faire l'état des lieux des pratiques sur une question où il n'y a pas de recension actualisée de littérature professionnelle. Nous n'avons pas trouvé d'études sur la prise en compte de la sexualité des patients par les ergothérapeutes en service de rééducation en France.
- Palier des études insuffisamment ciblées ou trop larges. Les publications que nous avons étudiées ne couvrent pas le thème qui nous intéresse ici.

Nos objectifs spécifiques seront de :

- Découvrir le niveau d'importance accordé par les ergothérapeutes à la sexualité.
- Découvrir si la sexualité des patients est questionnée dans la pratique.
- Découvrir les éventuels freins et facilitateurs à la prise en compte de la sexualité des patients.

Notre population sera donc la suivante : les ergothérapeutes de tout âge, tout sexe et de toute expérience travaillant en service de rééducation en France. Le fait d'avoir des profils différents (homme, femme, forte expérience, jeune diplômé) nous permettra d'effectuer ou non des liens avec la pratique ergothérapique.

Nous excluons :

- Les ergothérapeutes travaillant dans d'autres service que les services de rééducation.
- Les ergothérapeutes n'étant pas actuellement en poste en service de rééducation même s'ils y ont travaillé dans le passé.
- Les ergothérapeutes n'étant plus en activité.
- Les ergothérapeutes travaillant à l'étranger.

Ces critères d'exclusion nous permettent d'avoir une vision actuelle des professionnels français.

Nous souhaitons avoir une idée des pratiques ergothérapeutiques en France à un instant t. Nous avons recueilli des données quantitatives. Nous avons donc créé un questionnaire. En effet, cet outil est facile à distribuer et il nous permet de toucher des zones géographiques lointaines. En ce sens il est plus pratique et adapté à nos besoins que des entretiens individuels. Il nous permettra de recueillir un nombre de réponses important en un temps réduit.

1.7.2 Biais et construction de l'outil

Malgré les avantages qu'il présente, l'utilisation d'un tel questionnaire implique de nombreux biais :

- La formulation des questions doit être juste et ne pas influencer le répondant. Ce biais est très difficile à contourner car il s'agit ici de la subjectivité de l'enquêteur. Une solution serait de faire lire et corriger les questions par d'autres personnes.
- L'enquêteur n'étant pas présent sur le lieu de l'enquête, il n'y a aucune garantie que la personne visée réponde vraiment au questionnaire. Afin de limiter ce biais, nous avons indiqué au début du questionnaire qu'il s'adresse uniquement aux ergothérapeutes.
- Les réponses à un questionnaire auto-administré perdent en spontanéité. En effet, le répondant a le temps de réfléchir. Il peut donc avoir tendance à répondre autre chose que ce à quoi il pensait en premier lieu. Ainsi, nous avons mis une date limite de réponse à notre questionnaire.
- L'absence de l'enquêteur le prive d'observer les réactions du répondant qui peuvent être riches en enseignements.
- Le biais de désirabilité sociale peut être fort. C'est notamment le cas avec notre thème qui interroge les valeurs professionnelles et personnelles.
- Enfin, on peut se questionner sur la représentativité des répondants. En effet, il faut qu'ils soient à l'aise avec le fait de parler de sexualité. C'est un sujet tabou pour certains. Néanmoins, l'anonymat garanti par le questionnaire limite ce biais.

En prenant en compte ces biais, nous avons construit notre outil de recueil de données. Nous avons utilisé une matrice de questionnement afin de structurer notre travail ([Cf annexe 2](#)).

Quatre variables sont abordées :

- L'identification du répondant (ergothérapeute)
- Les perceptions de la sexualité et les pratiques professionnelles
- Les freins et facilitateurs
- Les caractéristiques des répondants

Nous souhaitions créer un outil interactif, qui nous permettrait de diffuser rapidement notre enquête et de récolter facilement les réponses. Ainsi, nous avons décidé de créer un questionnaire en ligne. Cela nous a également permis de réduire notre impact écologique.

Avant de le lancer, nous avons testé l'outil de recueil de donnée sur un panel de trois ergothérapeutes. Cela nous a permis de supprimer des questions redondantes et d'en préciser d'autres.

Nous avons donc choisi d'utiliser Google Form® pour créer et administrer notre questionnaire. Il s'agit d'une plateforme en ligne gratuite. Elle est très simple à utiliser et permet un recueil direct des réponses ([Cf annexe 3](#)).

Afin de toucher le plus d'ergothérapeutes dans notre population cible, nous avons contacté par téléphone de nombreux centres de rééducation afin d'obtenir un contact et maximiser le taux de réponse. Nous avons également sollicité notre réseau dans le but d'obtenir d'autres contacts. Enfin, nous avons utilisé des forums de recherche en ergothérapie pour diffuser notre enquête.

Lorsque nous avons clôturé l'enquête, nous avons exporté les réponses sur un classeur Excel afin d'analyser les résultats. Nous avons ainsi effectué des tris à plat et croisés en utilisant des formules de calcul dans certaines cellules.

1.7.3 Résultats de l'enquête et comparatif avec la littérature

Nous avons obtenu 56 réponses à notre enquête dont 54 exploitables (2 répondants n'étant pas ergothérapeutes). Il s'agit donc d'un panel assez faible. Les résultats ne sont donc pas généralisables mais peuvent donner une certaine tendance.

La moyenne d'âge est de 29 ans. L'échantillon est donc relativement jeune. Peut-être cela est-il dû au canal de distribution du questionnaire. Les jeunes étant plus présents sur les réseaux sociaux et plus à l'aise avec les outils informatiques. La proportion de jeunes diplômés est également importante (moins de 5 ans d'expérience en SSR). Le sexe-ratio est réparti de la façon suivante : 40 femmes et 13 hommes. Vingt départements sont représentés mais la majorité des répondants exercent dans les Bouches du Rhône. Cela est lié à l'utilisation de notre réseau professionnel.

Pour une majorité, la sexualité est considérée comme très importante pour la personne en général (Activité signifiante pour 52 des répondants). Cela rejoint les données de la revue de littérature. Néanmoins, nous relevons que très peu de répondants abordent le sujet

systématiquement avec leur patients (3 à chaque fois et 7 souvent). Ici encore, les études menées jusque-là montre une lacune dans la prise en compte de la sexualité des patients.

Il est intéressant de noter que 1/5 des répondants attend que le patient aborde le sujet en premier or, près de la moitié déclare être rarement sollicité par leurs patients. Il s'agit là d'une nouvelle donnée que nous n'avons pas retrouvé dans d'autres publications. Peut-être que les ergothérapeutes laissent le choix au patient en sachant au fond d'eux qu'ils n'aborderont pas le sujet. Et cela afin de se protéger.

Les sources d'appréhension à l'idée d'aborder la sexualité des patients, sont les mêmes que celles citées dans la revue de littérature :

- 1 - Sentiment de manquer de compétences
- 2 - Pudeur
- 3 - Peur d'être intrusif
- 4 - Tabou lié au sexe

Une donnée vient contredire les recherches publiées jusque-là. Trente-cinq répondants ont affirmé ne pas avoir d'appréhensions à l'idée d'aborder la sexualité des patients. Cependant, ce chiffre est à mettre en tension avec d'autres résultats : seulement 3 abordent la sexualité systématiquement et 7 souvent.

Comme dans la littérature, la formation à la sexualité fait défaut aux ergothérapeutes :

- 43 répondants n'ont pas eu de formation sur la sexualité des patients
- 47 ne se sentent pas qualifiés pour travailler cette activité

Les solutions les plus souvent proposées par le panel sont :

- 1 - Une meilleure formation
- 2 - Des supports et de la documentation pour les patients.

Un tri croisé nous montre que 4/5eme des personnes sans appréhension ont répondu ne pas se sentir assez formé. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse selon laquelle le manque de formation n'a pas obligatoirement d'incidence sur le niveau de confort des ergothérapeutes avec la sexualité. Pour résumer, l'échantillon montre que :

- La sexualité est une activité signifiante et importante pour l'Homme mais elle n'est pas abordée systématiquement comme les autres AVQ⁸.
- En majorité les répondant déclarent ne pas avoir d'appréhension à l'idée d'aborder la sexualité mais ils ne le font pas souvent ou attendent que les patients le fassent (ce qui est rare).
- 4/5eme des personnes qui n'ont pas d'appréhension ne se sentent pas assez formé.

1.8 Question initiale de recherche

A la lumière de ces résultats, plusieurs questions émergent :

Si la sexualité est une activité jugée très importante par les répondants, alors pourquoi est-elle si peu prise en compte dans la pratique ?

De plus, nous avons constaté une contradiction entre le niveau de confort affiché et la prise en compte de la sexualité des patients. On peut se demander s'il y a ici un biais de désirabilité sociale. Les répondants voulant montrer qu'ils sont à l'aise avec un sujet pourtant tabou. Or, leurs pratiques déclarées montrent qu'ils ne le sont peut-être pas au fond d'eux. Peut-être que les répondants pensent sincèrement être à l'aise mais évitent inconsciemment le sujet.

Le fait que la sexualité ne soit pas abordée dans le cursus des ergothérapeutes favorise-t-il l'impasse faite sur ce sujet ? Les données récoltées suggèrent que cela n'influence pas leur niveau de confort.

La recherche de littérature a montré un fort tabou sociétal à l'égard de la sexualité des personnes en situation de handicap. On peut émettre l'hypothèse selon laquelle les ergothérapeutes sont également victimes de ce tabou. Cela nous mène à la question initiale de recherche suivante :

Comment le tabou lié à la sexualité des personnes en situation de handicap et la prise en soins ergothérapique en centre de rééducation peuvent-ils coexister ?

1.9 Cadre conceptuel

Afin de mieux cerner les enjeux soulevés par notre question initiale de recherche, nous allons dans cette partie explorer certains concepts clefs. Nous commencerons par nous pencher sur la sexualité qui est la pierre angulaire de notre recherche, d'abord d'un point de vu sociologique, puis nous l'envisagerons à travers la science de l'occupation. Ensuite, nous étudierons le

⁸ Activité de la vie quotidienne

phénomène de tabou. Cela nous permettra de comprendre l'origine des freins à l'idée d'aborder la sexualité. Enfin, nous mettrons en avant les concepts de scripts (sexuels et professionnels) à travers les travaux de John Gagnon, William Simon et Alain Giami. Le travail de ces auteurs nous aidera à appréhender les représentations qui peuvent intervenir dans la perception individuelle de la sexualité et du métier exercé.

1.9.1 La sexualité

La sexualité est au cœur de notre recherche. Il est donc fondamental de l'aborder dans notre cadre conceptuel. Nous avons choisi de la décrire selon un aspect sociologique afin de commencer à en apprécier les représentations générales. Nous l'aborderons également selon la science de l'occupation afin de faire le lien avec l'ergothérapie.

❖ Une nouvelle vision sociologique :

La perception de la sexualité a évolué avec nos sociétés. Jadis cantonnée à une fonction reproductive, la démocratisation des moyens de contraception a modifié son statut au cours du XX^{ème} siècle. Une vision totalement nouvelle de pratiques diversifiées, récréatives et sources de plaisir s'est développée. Giami ajoute que la vision actuelle s'est enrichie de : « l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien-être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et développer la personnalité, la communication et l'amour » (14)

Dans le même esprit, Foucault souligne que la sexualité n'a plus un but unique de reproduction et purement physiologique. Le contact mécanique et strictement physique n'est plus la pierre angulaire de la relation sexuelle. Cette dernière relève également de « la relation psycho-affective » et « de l'environnement socioculturel ». Il apparaît alors que la sexualité devient un outil de la « construction de la personnalité, de l'identité, du partage d'émotions, du désir, du regard porté sur l'autre et reçu de l'autre, etc. » (15). Son importance devient donc fondamentale dans la vie de l'Homme.

En 1998, Couldrick affirme les mêmes thèses et ajoute que les processus menant à la sexualité sont également neurologiques et émotionnels. Elle inclut la masturbation dans son analyse au même titre que l'acte avec partenaire. (16)

Le sociologue Michel Bozon quant à lui affirme que la sexualité participe à l'affirmation du genre de chacun. Pour lui : « la sexualité apparaît comme une pratique personnelle, fondamentale dans la construction du sujet » (17). Il spécifie que la culture a un rôle majeur sur la sexualité des individus. En effet, certaines pratiques peuvent être légitimées et d'autres marginalisées selon l'appartenance culturelle de l'individu.

Brenot résume bien cette nouvelle vision en affirmant que la sexualité est une activité « à la fois bio-physio-psycho-socio-ethno-écologique »(18).

Dans la mouvance de ce nouveau paradigme, le concept de santé sexuelle a été créé et mis en avant.

En 2000, l'organisation mondiale de la santé définissait la santé sexuelle de la manière suivante : « L'expérience d'un processus continu de bien-être physique, psychologique et socioculturel concernant la sexualité. La santé sexuelle est fondée sur l'expression libre et responsable des capacités sexuelles qui renforcent le bien-être harmonieux personnel et social et enrichit la vie individuelle et sociale. Elle ne réside pas uniquement dans l'absence de dysfonction, de maladie ou d'infirmité. Pour atteindre et maintenir les objectifs de la santé sexuelle, il est nécessaire que les droits sexuels de tous les individus soient reconnus et soutenus » (2).

Le ministère des affaires sociales et de la santé précise en 2017 que la santé sexuelle « se base sur des principes fondamentaux : la sexualité doit être fondée sur l'autonomie, la satisfaction, la sécurité» (19)

La sexualité n'est pas toujours positive et synonyme de bien-être et d'accomplissement. En effet, à l'opposé de la santé sexuelle, la misère sexuelle a été également étudiée. Elle est définie par Dupras comme : « une sexualité non épanouissante, entraînant une souffrance consciente ». Il ajoute que « des contraintes sociales ou incapacités limitent extrêmement la vie sexuelle des personnes handicapées, leurs besoins et désirs sexuels insatisfaits leur procurent inconfort et souffrances » (20). Cet auteur mentionne également les difficultés que peuvent rencontrer les personnes en situation de handicap dans leur quête d'un partenaire amoureux et/ou sexuel (20).

❖ La vision de la science de l'occupation :

Il nous semble important de traiter de la notion d'occupation, celle-ci étant importante dans la prise en soin ergothérapique. Nous allons donc nous concentrer sur le lien entre sexualité et occupation.

Selon l'AOTA, une occupation est une “activité orientée vers la prise en soin de son propre corps (se laver, faire sa toilette, s'habiller, s'alimenter, se déplacer, avoir une activité sexuelle)” (21). Cette définition inclut donc la sexualité dans le cadre des occupations. Néanmoins, nous constatons qu'elle n'est que partielle et se concentre uniquement sur l'aspect charnel. Elle laisse de côté les aspects psycho-socio-ethno-écologique mis en avant par Bozon.

Pour Wilcock et Townsend, l'occupation correspond à « toutes les choses que les personnes veulent, ont besoin ou doivent faire, que ce soit de nature physique, mentale, sociale, sexuelle, politique ou spirituelle, et comprend le sommeil et le repos. Elle se réfère à tous les aspects de l'être humain réel, l'être, le devenir et l'appartenance. » (22).

Wilcock ajoute que « l'occupation est toute action qui a une valeur intrinsèque ou extrinsèque pour la personne ». Pour elle, « il devient évident que la sexualité possède inexorablement un caractère occupationnel : flirter, cuisiner pour son partenaire, etc. : c'est l'ensemble des activités à travers lesquelles une personne peut exprimer sa « nature sexuelle » et satisfaire ses besoins » (22). Ainsi, Couldrick rejoint cette idée. Pour elle, la sexualité se situe à chaque palier de la pyramide de Maslow. En effet, elle permet de satisfaire certains besoins physiologiques, elle peut donner un sentiment de sécurité, développer le sentiment d'appartenance, renforcer l'estime de soi et procurer du plaisir (16).

Cependant, tous les auteurs ne s'accordent pas sur le lien entre sexualité et occupation. Ainsi, pour Kielhofner, ergothérapeute et co-créateur du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), la sexualité ne fait pas partie des occupations à considérer dans la prise en soin. « Sexual activity was rooted in the biological requirements of the individual and the species but was not primarily occupational in nature » (23). Selon lui, cette activité est guidée par un instinct purement biologique, ce qui la distingue des occupations. Kielhofner considère donc que la prise en compte de la sexualité n'a pas sa place dans la prise en soins des ergothérapeutes. Il affirme qu'elle se situe hors du champs d'intervention de notre profession (23). On constate donc une mise en tension entre les modèles conceptuels en ergothérapie qui sont censés guider notre intervention, notamment les plus connus ayant pour objet l'occupation. Par exemple le MOH, comme nous venons de le voir exclu la sexualité alors que le MCRO l'inclue totalement.

Il n'y a pas de consensus sur le fait que la sexualité soit une occupation. Pourquoi y a-t-il un tel débat alors que nous avons vu son importance plus haut ? Quels facteurs influencent la signifiante de la sexualité ? Les tabous ont-ils un rôle dans les représentations de la sexualité de chacun ?

1.9.2 Le tabou

Selon le CNRTL⁹, le tabou relève de toute « Personne, animal, chose qu'il n'est pas permis de toucher parce qu'il (elle) est investi(e) momentanément ou non d'une puissance sacrée jugée

⁹ Centre national des ressources textuelles et linguistiques

dangereuse ou impure »(24). Ce mot vient du polynésien tabu (« interdit, sacré »), ce que les profanes ne peuvent toucher sans commettre un sacrilège. Initialement, il concerne donc un interdit d'origine religieuse. Aujourd'hui, par extension, il désigne également un sujet très délicat à aborder sans choquer (24).

❖ La définition psychanalytique :

Ainsi, dans son ouvrage Totem et Tabou, Freud propose une interprétation basée sur des théories ethnologiques et des données cliniques. L'observation de tribus primitives par des anthropologues et les explorateurs (notamment Cook) constitue le socle de son travail. Celui-ci souhaitant donner un sens aux organisations sociales, religieuses (totem) et aux interdictions sacrées (les tabous). Selon lui, la nécessité de respecter des règles et des interdits est ancrée en nous depuis la nuit des temps. Il explique que « La conscience morale taboue est sans doute la forme la plus ancienne sous laquelle se présente à nous le phénomène de la conscience morale. »(25). Nous serions donc le produit de sociétés anciennes et nous avons intégré dans notre être certains tabous, notamment celui de l'inceste. En effet, Freud présuppose l'existence d'une horde primitive assujettie à l'autorité d'un père tout puissant qui seul peut posséder les femmes du groupe. Par jalousie, les fils se rebellent et le dévorent pour s'approprier sa force. Ils sont ensuite submergés par le remord et érigent un Totem en l'honneur du père (le sacré). Afin d'éviter que leur crime ne se reproduise, ils établissent deux règles fondamentales (les tabous) (25) :

- L'interdiction de posséder les femmes appartenant au même totem (inceste)
- L'interdiction de tuer le Totem (meurtre)

Nous pouvons rapprocher cela du mythe d'Œdipe : épouser sa mère et tuer son père. Le totémisme crée alors un lien puissant entre les fils (base de la vie sociale). Freud démontre dans son ouvrage que la naissance de la culture est liée à ce crime et que le souvenir de cet acte s'est transmis à travers le temps dans l'inconscient collectif (25).

❖ La définition théologique

Alain Houziaux, quant à lui s'est penché sur le tabou que peut représenter la sexualité dans le christianisme. Il interroge notamment les causes de l'idéal de chasteté. Dans notre société judéo chrétienne, son analyse historique apporte des éléments de compréhensions des préconstruits que nous connaissons aujourd'hui. Il affirme qu'à l'époque du christianisme le plus ancien, « la

vie sexuelle est ressentie comme une concession plus ou moins condescendante à la chair et à ses exigences ». L'abstinence a donc été perçue d'abord, non pas comme un idéal spirituel mais comme « un moyen d'échapper à la médiocrité du corps et à son esclavage » (26). Pour ce jeune christianisme, la sexualité et tout ce qui a trait au corps concerne ensuite l'appartenance au monde terrestre en opposition aux cieux. Elle renvoie à l'animalité de l'homme en opposition à son caractère spirituel. Elle a également été perçue comme un stigmate du péché originel d'Adam et Eve. Renoncer à la chair permettait donc de s'élever et de se rapprocher de Dieu (26).

De plus, la religion chrétienne a dû faire face à une dualité en son sein. La vie spirituelle, pure, angélique et asexuée et la vie pratique de l'homme sur Terre (tous ne pouvant être des prêtres abstinents). Comment vivre selon la nature, perpétuer l'espèce et néanmoins rester pieux ? Deux éthiques contradictoires sont alors prônées : « la continence et celle du mariage » (et des devoirs conjugaux). Le respect du mariage ayant ainsi autant d'importance que l'abstinence. Ainsi, la sexualité conjugale n'est pas exempte de règles et de contraintes, « d'interdits et de rituels ». Elle n'est pas perçue comme un « plaisir licite » (26).

Les pulsions sexuelles ont également été diabolisées dans la religion chrétienne. Saint Augustin parlait alors de la concupiscence comme d'une intrusion démoniaque (26).

Nous constatons donc que la sexualité est encadrée, formatée et que tout écart est interdit par la religion chrétienne depuis sa création. On peut donc se demander à quel point, elle influence encore nos représentations de la sexualité ? Comment nous l'approprions nous ? Quels concepts nous amènent à définir nos limites en termes de sexualité ?

1.9.3 Le concept de scripts (sexuels et professionnels)

Nous avons choisi de nous intéresser à ce concept car il nous permet de mieux comprendre les origines des représentations que peuvent avoir les ergothérapeutes. D'où viennent-elles ? Quelles variables les composent et les influencent ? Nous nous penchons sur la vision de la sexualité et de la profession d'ergothérapeute. Ainsi, la théorie des scripts apporte un éclairage pertinent à notre recherche.

❖ Les scripts sexuels

Le concept des scripts sexuels a été développé par Gagnon et Simon, deux sociologues Américains au début des années soixante-dix. Leur approche s'oppose à celle de Freud. Ce dernier décrivant la sexualité comme une pulsion répondant à un « impératif biologique » sur

laquelle la société joue un rôle de « censure et de répression » (25). Gagnon et Simon offrent une vision nouvelle de la sexualité en affirmant qu'elle est en fait provoquée et sculptée par la vie sociale.

Le concept de scripts induit un apprentissage des individus. Cela à travers leurs groupes sociaux, leurs récits et l'imprégnation d'éléments particuliers qui sexualisent certaines situations. Grâce à cela, ils acquièrent la capacité à réagir de manière sexuelle ou non.

Les deux sociologues Américains affirment que la reconnaissance des scripts sexuels assure « la coordination des activités corporelles qui libèrent ces états biologiques internes » (excitation sexuelle entre autres) (27). C'est pourquoi, « la signification socio psychologique des événements sexuels doit être apprise pour que s'exprime la biologie » (27). En d'autres termes, l'excitation et le passage à l'acte sont possibles en présence des scripts adéquats.

Gagnon et Simon précisent également qu'il existe des distinctions majeures entre les genres mais également entre les différents statuts socioéconomiques. Les scripts pouvant varier considérablement (27).

Ils sont classés en trois catégories :

- Les scripts culturels sont collectivement partagés par le plus grand nombre et précisent les situations et les rôles de chacun (où, quand, comment, avec qui, pourquoi). Néanmoins, les scénarios prescrits ne se déroulent pas de manière automatique. En effet, ils vont être interprétés de manière interpersonnelle et intrapsychique.
- Les scripts intrapsychiques regroupent la symbolique propre à l'individu, formée notamment par les fantasmes et les souvenirs. Ces derniers initient l'excitation et l'activité sexuelle.
- Les scripts interpersonnels coordonnent plus précisément les interactions concrètes entre les individus, chacun ayant un rôle bien défini à jouer.

❖ Les scripts Professionnels

En 2015, Alain Giami revisite les théories de Gagnon et Simon afin de les adapter au monde de la santé. Il développe alors les scripts professionnels. Ces derniers regroupent « un ensemble de représentations, de normes et de valeurs qui définissent les identités et les compétences et qui orientent les conduites professionnelles et les relations avec les patients » (28). Comme pour les scripts sexuels, les scripts professionnels prennent en compte la subjectivité et les spécificités de chaque individu dans leur activité. Ces scénarios particuliers incluent aussi bien

« des prescriptions que des pratiques, des protocoles de travail, les conduites à tenir, leur interprétation et leur mise en œuvre par les infirmières » (28). Ce concept est très intéressant pour nous. En effet, nous allons interroger les scripts professionnels des ergothérapeutes en activité et les confronter à leurs scripts sexuels. S'accordent-ils ? Sont-ils en opposition ? S'influencent-ils ?

Ce qu'il faut retenir :

Nous avons donc vu qu'un changement de paradigme concernant la sexualité s'était opéré au cours du XX^{ème} siècle. Nous sommes passés d'une vision biologique à une approche bio-physio-psycho-socio-ethno-écologique. Néanmoins, la sexualité a historiquement fait l'objet d'un tabou comme le montre le travail de Freud. Notre société judéo-chrétienne au cours de son histoire a également marginalisé la sexualité au profit de la vie spirituelle. Nous avons vu également qu'il n'y a pas de consensus sur la nature occupationnelle de la sexualité. Certains ergothérapeutes réputés la rabaisant encore à une fonction purement biologique n'affectant pas le développement de la personne. Nous avons donc hérité de préconstruits qui alimentent les scripts sexuels étudiés par Gagnon, Simon puis par Giami.

A la lumière de ces précisions théoriques, plusieurs questions viennent se heurter à notre recherche :

- Les soignants partagent-ils le nouveau paradigme de la sexualité ?
- Les soignants sont-ils touchés par un tabou concernant la sexualité ?
- Quels sont les scripts sexuels et professionnels des ergothérapeutes ?
- Les scripts sexuels et professionnels influencent-ils la pratique de l'ergothérapie ?
- La prise en compte ou non de la sexualité des patients dépend-t-elle des scripts des ergothérapeutes ?

Le cadre conceptuel et les interrogations nouvelles qu'il soulève nous amènent donc à la question de recherche suivante :

Au cours de l'intervention en rééducation, comment se rencontrent les scripts (sexuels et professionnels) de l'ergothérapeute et les besoins sexuels du patient ?

Notre objet de recherche sera donc : Une étude exploratoire des scripts sexuels et professionnels des ergothérapeutes travaillant en rééducation et leur rencontre avec la prise en compte de la sexualité des patients.

2 Matériel et méthode

Dans cette seconde partie, nous allons nous pencher sur le travail de recherche à réaliser afin de poursuivre notre travail. Cela dans le but d'apporter des éléments de réflexion à notre question de recherche. Nous allons ici interroger les choix méthodologiques en les justifiant systématiquement.

2.1 Choix de la méthode de recherche

« La recherche consiste en une quête des connaissances au moyen d'une enquête, d'une étude ou d'une expérimentation conduite avec application dans le but de découvrir et d'interpréter des connaissances nouvelles » (29). Rappelons notre question de recherche : **Au cours de l'intervention en rééducation, comment se rencontrent les scripts (sexuels et professionnels) de l'ergothérapeute et les besoins sexuels du patient ?** Notre objet de recherche semble donc être qualitatif. En effet, il n'est pas possible de le quantifier car sa nature est difficile à appréhender. Nous ne cherchons pas à valider une hypothèse ou à confirmer des données existantes. Notre recherche est ouverte à tout ce que les praticiens pourront nous apporter dans leurs ressentis, leurs pratiques et les tensions entre les deux. Dans ce cadre, nous avons donc opté pour une recherche de type exploratoire.

Comment peut-on interroger les représentations sexuelles et professionnelles des ergothérapeutes ?

Nous nous penchons ici sur des thèmes abstraits (sexualité, tabou, scripts) qui comme nous l'avons vu plus haut, concernent les individus à la fois dans des attitudes communes et des spécificités qui les rendent uniques. Chantal Eymard affirme que « La vie sociale est conçue comme une réalité construite par les significations que lui confèrent les personnes, y compris sans qu'elles le sachent. Le sujet exprime la dynamique de sa vie (c'est ce qu'on a l'habitude de nommer sa *parole* et sa *vérité*) [...] « La méthode clinique produit des savoirs sur un phénomène à partir du récit des sujets. Le chercheur en méthode clinique s'intéresse à la parole du sujet social » (29). Ainsi, nous pensons que le dispositif de recherche clinique est le plus pertinent pour notre travail.

La base de cette méthode consiste à « se donner une typologie des façons d’être *attendues*, un ensemble de *profils plausibles*, tous issus directement de la théorisation précédente. » (29). Nous effectuerons cette étape en nous basant sur notre matrice théorique ([Cf annexe 4](#)). De plus, nous nous attendons à rencontrer des informations et des personnes qui ne rentreront pas dans nos profils attendus. Or, « La clinique est la seule méthode qui permette de travailler sur *la surprise et l’inattendu* (elle permet même de les provoquer) » (29).

2.2 Choix et création de l’outil de recueil de données

Nous avons donc établi que notre recherche exploratoire doit explorer des données qualitatives. C’est pourquoi, nous nous sommes tournés vers la réalisation d’entretiens. En effet, refaire un questionnaire n’aurait pas grand intérêt à ce stade de notre recherche. Nous avons besoins d’aller chercher les représentations profondes des ergothérapeutes. Pour cela il faut les laisser élaborer librement afin que chacun puisse « communiquer sa vision du monde, sa vérité » (29). C’est pourquoi, nous avons choisi de réaliser des entretiens. Pour les mêmes raisons, nous avons opté pour des entretiens libres basés sur une seule question inaugurale ([Cf Annexe 5](#)).

Nos critères d’inclusions étaient les suivants :

- Des ergothérapeutes diplômés d’état, travaillant actuellement en service de rééducation en France. Nous nous sommes limités à cela car nous souhaitions interroger des profils variables.

Voici nos critères d’exclusion :

- Les ergothérapeutes n’étant plus en activité
- Les ergothérapeutes ne travaillant pas en France
- Les ergothérapeutes ne travaillant pas actuellement dans un service de rééducation.

Nous avons choisi de créer un panel de trois personnes avec hommes et femmes et présentant des parcours et des tranches d’âges différentes. L’objectif étant d’avoir la possibilité de comparer leurs réponses en se basant également sur ces critères : âge, sexe, expérience.

Nous avons construit notre entretien de la manière suivante :

Nous avons choisi des entretiens physiques afin d’analyser la communication non verbale. L’enquêteur était également plus à l’aise pour créer une relation d’échange en étant physiquement avec l’interviewé. Malheureusement, le confinement lié à l’épidémie de COVID 19 nous a poussé à nous adapter. Nous avons proposé des entretiens téléphoniques. Nous avons

donc renoncé à observer les mouvements du corps et du visage et nous nous sommes concentrés exclusivement sur le contenu du discours. Dans son ouvrage, Chantale Eymard explique que l'entretien est une véritable relation. Selon elle : « C'est beaucoup plus qu'un outil, une rencontre avec l'autre pour un recueil de sa parole. » (29). Ainsi malgré l'impossibilité de se rencontrer physiquement, nous avons choisi d'initier un temps de discussion informelle avec les répondants avant de poser le cadre et de démarrer l'entretien. Cela dans le but de favoriser la « rencontre » et la « relation ». Pour les mêmes raisons, nous avons accepté de tutoyer nos répondants lorsque ces derniers nous invitaient à le faire. Ensuite, nous expliquions l'objet de notre enquête, nous informions que l'entretien serait enregistré et nous garantissons l'anonymat de la personne ([Cf annexe 5](#)).

Avant de tester notre outil de recueil de données, nous avons créé des profils attendus ([Cf annexe 6](#)). Ces derniers ont été établis sur la base de notre cadre conceptuel et de notre matrice théorique. Cela nous a permis « d'armer » notre écoute, c'est-à-dire de nous préparer à recevoir des informations et à les interpréter en temps réel afin de mieux réagir à l'instant T. Nous en avons établi trois : le « libéral libéré », le « libéral libéré mais pas trop » et la « grenouille de bénitier ». Nous avons volontairement choisi des dénominations légèrement provocantes et décalées afin d'être le plus explicite possible et d'avoir une représentation mentale claire à l'évocation de ces profils attendus.

2.3 Test de l'outil de recherche de données

Nous avons choisi de tester notre outil de recherche afin de nous assurer que notre cadre, notre contrat et notre question inaugurale étaient corrects. Nous étions également conscients que l'exercice de l'entretien libre n'était pas aisé et que nous manquions certainement d'expérience. Ainsi, nous avons pris le parti d'effectuer plusieurs entretiens test. Nous en avons finalement fait quatre.

Ce test nous a conforté dans le choix de notre cadre, de notre contrat et de notre question inaugurale. De plus, il nous a apporté une meilleure approche des entretiens. En effet, nos techniques de relance avec les premiers répondants étaient assez maladroitement. Nous développons beaucoup notre pensée au lieu d'accompagner la personne dans son élaboration. Nous nous sommes améliorés sur la relation d'échange et cela s'est traduit par un allongement de la durée des entretiens. Le premier n'a pas dépassé vingt minutes et le quatrième s'est clôturé au bout d'une heure. Le contenu et les élaborations sont également devenus plus profonds au

fil des test. Néanmoins, nous sommes conscients que nous avons encore une marge de progression importante dans la pratique des entretiens.

2.4 Les biais de l'entretien libre

Nous avons vu que l'entretien nous permet d'obtenir des données qualitatives bien plus poussées que les questionnaires autoadministrés. Cependant, de nombreux biais sont à prévoir :

- Les biais de subjectivité : il est possible que l'interviewer suggère des réponses qui vont dans le sens de ce qu'il s'attend à découvrir. Il faudra donc faire attention à nos stratégies de relances en essayant de rester le plus neutre possible. Ainsi nous tenterons d'utiliser des techniques comme la reformulation sans orienter le répondant.
- Biais d'interprétation : le chercheur peut mal interpréter certaines réponses, notamment dans notre cas où la subjectivité peut jouer un rôle majeur. Nous allons donc construire une méthodologie d'analyse rigoureuse que nous développerons plus bas afin d'atténuer ce biais.
- Biais de sélection : les personnes souhaitant parler de sexualité avec un inconnu sont assez à l'aise pour cela. Il est possible que nous nous privions de la vision des personnes pour qui le seul fait de parler de sexualité est tabou.
- Biais de désirabilité sociale : le répondant peut vouloir se montrer sous son meilleur jour aux yeux de l'enquêteur. Le contact informel avant l'entretien doit permettre au répondant de se sentir à l'aise et d'être libre d'exprimer sa pensée sans jugement de valeur.
- Biais sociaux culturels : De la même manière que les répondants, nous sommes nous-même influencés par nos propres scripts sexuels et professionnels. L'origine même de notre travail en est imprégnée. Ce biais est difficile à contrôler mais il est nécessaire d'en avoir au moins conscience
- Nous pouvons ajouter à cette liste le fait que l'enquêteur soit un homme et qu'il questionne les représentations sexuelles de femmes et d'homme. Cela peut apporter de la gêne et affecter les réponses mais aussi les relances de l'enquêteur.

2.5 Déroulement de l'enquête

Afin de constituer notre panel final, nous avons contacté des ergothérapeutes de notre réseau professionnel. Nous avons également posté un message sur un groupe Facebook de mémoire d'ergothérapie. Nous avons reçu beaucoup de réponses de personnes souhaitant participer à la

recherche. Cela nous a permis d'avoir le choix et de sélectionner les personnes qui correspondaient à nos attentes. Ainsi nous avons choisi :

- Une jeune diplômée de 23 ans avec 1 an d'expérience en SSR
- Une jeune femme de 32 ans avec 10 ans d'expérience en SSR
- Un homme de 44 ans avec 20 ans d'expérience en SSR

Nous avons programmé des rendez-vous téléphoniques avec chacun selon le moment et le lieu où ils étaient le plus au calme. Avec l'accord des participants, les entretiens ont été enregistrés directement sur notre ordinateur grâce au micro intégré, afin d'être analysés plus tard.

2.6 Choix de l'outil de traitement et d'analyse des données qualitatives

Dans cette partie, nous allons exposer le choix de notre méthode d'analyse.

Avant tout, nous avons retranscrit chaque entretien manuellement. Nous avons choisi de ne rien modifier, ni les fautes de syntaxe, ni les grossièretés. En effet, tous les éléments du discours sont à prendre en compte car nous pensons que certains détails peuvent avoir une grande utilité dans l'interprétation. Pour cela, nous avons utilisé le logiciel Microsoft Word®. Nous avons analysé le contenu de nos entretiens afin d'en extraire des éléments pouvant nous donner des éléments de réflexion en rapport avec notre objet de recherche. Ainsi, nous avons procédé en plusieurs étapes. Après la retranscription fidèle du discours des répondants, nous avons effectué plusieurs lectures flottantes. Puis nous avons choisi d'analyser le contenu des entretiens. Pour cela deux étapes distinctes ont été nécessaires :

- Traiter le contenu en rassemblant les données dans un corpus classé en différents thèmes ([Cf annexe 10](#))
- Interpréter les données par :
 - Une lecture verticale qui consiste à comparer le discours de chaque répondant selon les différents thèmes dans le but de faire apparaître d'éventuels rapprochements, relations, oppositions ou complémentarités ([Cf annexe 11](#)). Cette étape nous a également permis d'exposer les différentes idées qui ressortent pour chaque thème.
 - Une lecture horizontale qui consiste pour chaque entretien à caractériser les propos des répondant pour chaque thème. Pour cela, nous avons analysé leurs discours pour en faire ressortir les points clefs ainsi que leurs ressentis. Lorsque cela était pertinent, nous avons fait le lien entre le discours et notre cadre conceptuel. Ces données nous ont permis ensuite d'établir une typologie

d'acteurs que nous avons rapproché de nos profils attendus (Cf [annexe 12](#), [annexe 13](#), [annexe 14](#)).

3 Résultats

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats de notre recherche qualitative. Nous allons dans un premier temps décrire le profil des répondants et les modalités d'entretien puis nous exposerons les données textuelles selon la méthodologie présentée plus haut.

3.1 Données descriptives

Voici le profil de nos trois répondants :

Répondant 1 : Une jeune femme de 23 ans diplômée il y a un an et en poste depuis 8 mois dans un service de SSR récemment ouvert. Il s'agit là de son premier poste en tant qu'ergothérapeute. Notre entretien s'est déroulé par téléphone. Elle était à son domicile. Notre conversation a duré 35 minutes ([Cf annexe 7](#)).

Répondant 2 : Une femme de 32 ans avec 10 ans d'expérience en SSR. Elle a eu plusieurs expériences dans des centres différents dont un en Nouvelle Calédonie. Notre entretien a eu lieu par téléphone. Elle était à son domicile et nous avons échangé pendant 29 minutes ([Cf annexe 8](#)).

Répondant 3 : Un homme de 44 ans avec plus de 20 ans d'expérience en SSR. Notre entretien s'est déroulé par téléphone. Il était sur son lieu de travail durant la pause déjeuner. Nous avons échangé durant 46 minutes ([Cf annexe 9](#)).

3.2 Données Textuelles

Ainsi, après plusieurs lectures des entretiens, nous avons relevé six thèmes principaux qui apparaissent dans chacun. Nous avons créé un tableau dans lequel nous avons classé les extraits des discours selon ces thèmes ([Cf annexe 10](#)) :

- Le premier abord de la sexualité avec les patients.
- Le niveau de confort affiché par l'ergothérapeute face à la sexualité de ses patients.
- Les modalités d'intervention concrètes concernant la sexualité des patients.
- Les représentations concernant la sexualité.
- Le lien fait entre la sexualité et l'ergothérapie.
- Les réflexions menant à des pistes d'amélioration dans la prise en compte de la sexualité des patients.

Nous allons à présent exposer les idées principales qui ressortent pour chaque thème grâce à la lecture verticale que nous avons effectuée.

❖ Le premier abord de la sexualité avec les patients :

Aborder la sexualité des patients en début de prise en soins ne semble pas un problème pour certains ergothérapeutes (Répondant 1 ligne 7 à 18 et répondant 2 ligne 9 à 17). Les deux femmes interrogées déclarent avoir une grande liberté de parole concernant ce sujet. Néanmoins, l'abord systématique de la sexualité ne va pas de soi pour tous. La répondante 1 a intégré cela à sa pratique (ligne 16-17) alors que la répondante 2 ne le fait qu'avec les patients ayant pu expérimenter la sexualité lors d'un séjour à domicile (L 7-18). Certains ergothérapeutes n'abordent jamais la sexualité d'eux-même en début de prise en soins. Ce thème n'est alors abordé que si un outil institutionnel en fait mention ou alors si le patient parle lui-même sa sexualité (Répondant 3 L14-19 et L 43-46). Les ergothérapeutes déclarent avoir besoin d'une relation de confiance établie afin de se pencher sur la sexualité. Mais cela n'est pas forcément suffisant pour le répondant 3 : « *C'est vrai que ça me gêne un peu parce que quelque part je la connais presque comme une copine tu vois.* » L 137 à 138.

❖ Le niveau de confort affiché par l'ergothérapeute face à la sexualité de ses patients

Le niveau de confort affiché par deux répondant sur trois est bon (répondant 1 L 122-123, L 130-132 et répondant 2 L 72-74). Néanmoins, des difficultés d'ordre culturel et liées à un manque de connaissances techniques sont évoquées (Répondant 2 L 67-69 et L 91-96). Pour elles, la sexualité est une activité de la vie quotidienne comme une autre. La répondante 1 évoque même des rapports sexuels au sein de l'établissement de soins, tout en respectant un certain cadre : « *Oui voilà enfin c'est pas non plus le baisodrome quoi* » (rire) L 88. Néanmoins, elles ont toutes les deux mentionné la crainte de choquer les patients et de détériorer la relation en abordant la sexualité (Répondant 1 L 162 et L 177-181 et Répondant 2 L 23-26).

Le répondant 3 évoque un faible niveau de confort face à la sexualité de ses patients : « *[...] pas mal de gêne [...]* » L 74. Il parle de gêne face à des patients plus âgés et des difficultés à poser un cadre thérapeutique pertinent (L 35-35 et L 74-75). Il évoque un manque d'expérience à ses débuts. Plus tard il a reconnu qu'avec de l'expérience, il n'est toujours pas à l'aise face à la sexualité des patients, même lorsqu'ils l'abordent spontanément : « *[...] aujourd'hui c'est pas parce que j'ai plus de bouteille que je l'aborde plus facilement* (rire) L 65 à 67.

❖ Les modalités d'intervention concrètes concernant la sexualité des patients

Lorsque l'on se penche sur l'intervention des ergothérapeutes, nous constatons que l'aspect technique est prioritairement mis en avant (répondant 1 L 67-70 et L 101-110 et répondant 3 L 33-34 et L43). En effet, les répondants 1 et 3 parlent d'abord de positionnement, d'aide technique ou d'aménagement. Un point important abordé par les répondants 2 et 3 concerne la mise en place d'un cadre thérapeutique neutre pour aborder la sexualité des patients sereinement (Répondant 2 L 62-65 et L 96-102 répondant 3 L 22-23 et L 39-43). D'ailleurs, le répondant 3 a évoqué l'aide d'un collègue psychologue afin de travailler sur son positionnement professionnel et sa neutralité de thérapeute (L 139). Enfin, le fait d'adapter la communication en fonction du profil du patient a été soulevé par la répondante 1 (L 101).

❖ Les représentations concernant la sexualité

Dans les représentations liées aux scripts culturels, les idées du nouveau paradigme sociologique sont présentes pour tous les répondants. La sexualité est perçue comme positive et faisant partie des facteurs de qualité de vie (répondant 1 L 71, répondant 2 L 17-20, répondant 3 L158 et 194). Néanmoins, la sexualité reste un sujet particulier et on peut penser que les patients en parlent avec difficulté car ils sont victimes de tabous sociétaux (répondant 1 L 191-195). Le répondant 3 parle de ses représentations concernant la sexualité et la religion musulmane. Pour lui cela est un obstacle pour aborder le sujet avec ces patients (L 165-171). De plus, il ressort des entretiens que la sexualité des personnes âgées est considérée comme inexistante ou présentant des tabous supplémentaires (répondant 2 L 47-53 et répondant 3 L 103).

Au niveau interpersonnel, le répondant 3 déclare ne pas parler de sexualité de manière explicite dans sa vie personnelle : *«Bon moi j'ai 44 ans tu vois je sais qu'on en parle entre potes mais on rentre pas trop dans les détails.»* L 138 à 141. De plus, il redoute que le fait de parler de sexualité avec des femmes soit interprété comme des avances ou de la séduction (L 215).

Enfin, au niveau intrapsychique, les ergothérapeutes considèrent la sexualité comme un élément de l'intimité profonde et source d'un grand plaisir qui impacte énormément leur qualité de vie (Répondant 1 L 170, répondant 3 L 157).

❖ Le lien fait entre la sexualité et l'ergothérapie

Pour les deux premières répondantes, la sexualité fait totalement partie du champ d'intervention de l'ergothérapeute. Elles déclarent se sentir parfaitement légitime pour aborder et traiter ce

sujet (Répondant 1 L 95-98 et L 162-164 répondant 2 L 77-81). La deuxième répondante précise que cela rentre dans une prise en soins holistique et évoque les risques pour le patient si elle ne se penche pas sur leur sexualité : « *Si on sélectionne uniquement les Avq qui nous plaisent ben c'est super injuste pour le patient je trouve.* »

Pour le répondant 3 en revanche, le lien entre sexualité et ergothérapie n'est pas évident (L61-64). Pour lui, parler de sexualité revient à sortir de son champ d'intervention. Il évoque également le risque de perdre la neutralité du soin et d'une trop forte implication personnelle (L150-153). Cependant, lorsqu'un patient le sollicite, il va lui répondre et non pas l'aiguiller vers un autre professionnel. Cela dans le but de ne pas passer à côté du soin (L 145-149). Il évoque même de la satisfaction lorsque cela se produit. En effet, cela signifie à ses yeux que la relation de confiance est forte avec son patient (L 172-176).

- ❖ Les réflexions menant à des pistes d'amélioration dans la prise en compte de la sexualité des patients.

Afin d'améliorer la prise en compte de la sexualité des patients en rééducation, chaque répondant a fait des propositions différentes. La répondante 1 a rejoint un groupe de travail dont l'un des objectifs est d'améliorer l'intégration de la sexualité des patients dans la prise en soins de son institution (L44-46 et L 46-52). La répondante 2 pense désormais inclure les partenaires sexuels de ses patients dans le futur (108-109). Le répondant 3 a quant à lui proposé de revoir son cadre thérapeutique, son positionnement et de mieux analyser sa pratique afin d'interroger la sexualité de ses patients de manière régulière (L 164 à 165, L 197 à 198, L 223 à 227 et L 229 à 234)

A la suite de ce travail de condensation des données, nous nous sommes penchés sur les informations données par chaque ergothérapeute. Nous allons ici les analyser, définir les profils des répondants et les rapprocher des profils attendus de notre cadre d'écoute.

- ❖ Le répondant 1 se rapproche du profil attendu « **libéral libéré mais pas trop** » ([Cf annexe 12](#)).

L'ergothérapeute partage en effet certaines de ses caractéristiques :

Elle voit la sexualité à travers le paradigme sociologique moderne : « *La sexualité ça fait partie de la vie c'est important et pour le physique et pour le mental* » L71. Elle se décrit également comme ouverte et affirme ne pas avoir de difficultés à parler de sexualité avec les patients (L 31-33 et 122-123). Cependant, on peut trouver dans son discours des nuances quant à son niveau

de confort. En effet, elle affirme ne pas aborder la sexualité systématiquement et avoir besoin d'établir une relation de confiance d'abord (L 34-38). Elle voit la sexualité comme l'expression d'une profonde intimité pour l'individu (L 177-181). Cela la conduit à ressentir une certaine pudeur dans l'abord de la sexualité de ses patients : « *au début tu marches un peu sur des œufs* » (L 153). Dans le même esprit, même si elle respecte la sexualité des patients au sein de l'institution médicale, elle montre le besoin de la cadrer afin qu'elle ne s'affiche pas de manière trop ostentatoire : « *Oui voilà enfin c'est pas non plus le baisodrome quoi !* » (rire) L 88. Concernant ses scripts professionnels, elle considère que son intervention doit être holistique et doit donc intégrer la sexualité des patients (L 95-98 et L 162-164).

L'ergothérapeute présente également des spécificités par rapport au profil attendu. En effet, on note un niveau de confort plus important par rapport à la sexualité des patients. Elle présente peu de tabou (L31-33 et L 122-123). De plus, elle manifeste une réelle volonté d'améliorer sa pratique et l'intégration de la sexualité des patients (L44-46 et L 48-52). Ses réticences sont liées à la crainte de choquer les patients et de dégrader la relation thérapeutique (L177-181). Ainsi, à travers cette analyse, nous avons découvert une nuance au profil attendu et l'ergothérapeute serait alors plutôt qualifiée de « Libérale presque libérée ».

- ❖ Le deuxième ergothérapeute présente un profil correspondant à une « **Libérale libérée** » ([Cf annexe 13](#)) :

Comme notre profil attendu, la répondante conçoit la sexualité selon le nouveau paradigme sociologique (L17-20). Elle affirme n'avoir aucun tabou et un niveau de confort très élevé face à la sexualité des patients (L76-77). Elle pense que la sexualité des patients doit pouvoir s'exprimer librement (L118-122). Ses scripts professionnels sont semblables au profil attendu. Elle considère qu'une bonne intervention ergothérapeutique doit interroger la sexualité des patients : « *Et puis mon métier je le perçois d'une certaine façon. On est là pour aider les gens dans tous les champs de leur vie* » L 77. Ainsi, elle déclare aborder ce thème systématiquement.

Les quelques spécificités qu'elle présente sont les suivantes :

Il est très important pour elle de poser un cadre neutre très solide. Cela lui permet de ne pas s'impliquer de manière trop personnelle et de ne pas parler de sa propre sexualité (L62-65 et L 96-102). Elle a également évoqué la possibilité de créer de la gêne chez ses patients en parlant de sexualité. Cependant, elle considère que c'est un mal nécessaire : « *Mais je préfère gêner un peu la personne plutôt qu'elle n'aborde pas un problème qu'elle a tu vois* » L 23 à 26. De plus elle affiche des représentations sur la sexualité des personnes âgées qui selon elle ont plus de

tabou et font moins l'amour (L 47-53). Elle évoque également une perception culturelle différente de la sexualité des hommes et de celle des femmes (L36-39 et L 91-96). Toutes ces spécificités ne viennent pas modifier le profil mais elles le complètent. Nous pouvons donc qualifier cette professionnelle de véritable « Libérale libérée ».

- ❖ Le troisième ergothérapeute quant à lui présente un profil semblable à la « **Grenouille de bénitier** » ([Cf annexe 14](#)) :

Le répondant présente des tabous qui impactent sa pratique. En effet, il évoque un sentiment de gêne à l'idée de parler de sexualité avec ses patients (L 35-36, L48-50, L 92-95, L 137-138, L 140). Il justifie notamment cela par la crainte que l'abord de la sexualité avec de jeunes femmes soit interprété comme des avances (L 215-216). Il élabore également un lien entre la sexualité et la religion (L165-171). Ainsi, il n'aborde jamais la sexualité volontairement. Il le fait indirectement avec des outils institutionnels ou attend que les patients abordent le sujet (L 14-19 et L 69). Il affirme ne pas faire immédiatement le lien entre sexualité et ergothérapie. Selon lui le lien n'est pas évident (L 61). Il ajoute que la sexualité ébranle la neutralité du soin : « [...]dès qu'on aborde la sexualité en tant qu'ergothérapeute on a l'impression de sortir de la thérapie [...] » L 150. Cet inconfort face à la sexualité est ressenti jusque dans sa vie personnelle où il ne parle pas de ce sujet de manière trop explicite (L138-141).

Spécifiquement, cet ergothérapeute craint que l'abord de la sexualité ne l'oblige à se dévoiler de manière trop personnelle : « *de mettre un peu sur la table notre propre vécu et notre propre histoire* » L 153. Cependant, malgré tous ces freins et ce sentiment d'inconfort face à la sexualité des patients, il affiche un comportement paradoxal. En effet, il essaye toujours de répondre au mieux aux sollicitations des patients sur ce sujet. Il ajoute que le fait de ne pas répondre à ces demandes ne correspond pas à sa vision du soin : « *Et je sais du coup au fond de moi que si je ne lui réponds pas, si je botte en touche ben je passe à côté du soin quand même un peu.* » L 145 à 149. Il convient également de relever que ce professionnel tente de travailler sa posture et la neutralité de son approche concernant la sexualité (L39 et L 223-227). Ainsi, cette analyse nous permet de conclure que le répondant 3 présente des caractéristiques du profil attendu. Néanmoins, il montre une certaine ouverture et un recul sur sa pratique qui lui permettent d'aller au-delà de ses craintes lorsque le patient lui demande. Nous avons donc un profil hybride de « Grenouille courageuse ».

4 Discussion

Dans cette partie nous allons clôturer notre travail de recherche. Dans un premier temps nous allons présenter une interprétation des résultats obtenus dans la partie précédente. Ensuite, nous proposerons quelques éléments de réponses à notre question de recherche. Puis nous discuterons nos résultats et nous critiquerons le dispositif de recherche. Nous nous attacherons également à construire du lien avec la pratique professionnelle de terrain. Enfin, nous établirons les perspectives de recherches de ce travail.

4.1 Interprétation des résultats

L'analyse des entretiens réalisée plus haut nous montre que chaque ergothérapeute possède ses propres représentations (sexuelles et professionnelles). Chacun a également une approche de la sexualité particulière. En effet, des différences notables sont présentes dans leurs pratiques affichées. On constate également une volonté d'aborder la sexualité des patients. Selon les profils, elle peut être clairement affichée (Répondant 1 et 2) ou latente (Répondant 3).

L'analyse des résultats nous a montré que les ergothérapeutes présentaient des spécificités. Celles-ci nous ont permis de nuancer les profils attendus et de dresser des profils types. Ce sont justement ces nuances qui peuvent nous permettre de penser qu'une évolution entre profils est possible. En effet, la répondante 1 qui est une « libérale presque libérée » pourrait devenir, avec l'expérience une véritable « libérale libérée ». En effet, elle affiche un niveau de confort important. De plus, ses craintes liées au fait de choquer le patient en évoquant la sexualité ne sont finalement pas fondées. Elle le reconnaît elle-même au cours de l'entretien (L 183-185). Cette réflexion sur sa pratique et sa volonté de progresser nous laisse à penser qu'une évolution peut se produire dans son abord de la sexualité.

Le répondant 3 quant à lui affiche un faible niveau de confort concernant la sexualité. Il montre une gêne à questionner celle de ses patients ou à parler de ses propres pratiques. Néanmoins c'est le répondant qui a effectué le plus d'élaborations et de réflexions sur sa pratique. C'est lui qui a développé le plus ses scripts intrapsychiques. Son entretien a été le plus long bien qu'il fût réalisé sur son lieu de travail durant sa pause. Au-delà de son inconfort, il a également manifesté de la satisfaction à l'idée de traiter la sexualité de ses patients. On peut donc apercevoir une volonté latente de se pencher sur ce thème. Il est possible que cette velléité soit liée à un script intrapsychique qui est limité par les autres scripts. En effet, professionnellement, il avoue que parler de sexualité équivaut à : « [...] *sortir de la thérapie* [...] » L 150. On peut

donc supposer que ses scripts professionnels prennent en partie le pas sur certains de ses scripts sexuels intrapsychiques.

La deuxième répondante affiche un haut niveau de confort et déclare aborder la sexualité des patients systématiquement. Néanmoins, on remarque que c'est elle qui a donné le moins de données sur ses scripts sexuels intrapsychiques. Cela s'accorde avec ses scripts professionnels et interpersonnels qui impliquent une neutralité dans le soin. Il n'est pas question pour elle de mettre en avant sa propre sexualité et elle pose un cadre thérapeutique très neutre. Là encore on peut identifier une influence entre les scripts et la pratiques. Pour cette ergothérapeute, il est donc possible que ses scripts professionnels (neutralité) interagissent avec ses scripts sexuels et colorent ses pratiques concernant la sexualité des patients.

Ainsi, notre interprétation des résultats tend à démontrer la possibilité que :

- Les scripts professionnels et sexuels aient une influence variable les uns sur les autres selon le profil de l'ergothérapeute.
- Les scripts sexuels et professionnels jouent un rôle important dans les modalités de prise en compte de la sexualité des patients.

4.2 Eléments de réponse à l'objet de recherche

Notre question de recherche était la suivante : **Au cours de l'intervention en rééducation, comment se rencontrent les scripts (sexuels et professionnels) de l'ergothérapeute et les besoins sexuels du patient ?**

Notre recherche a mis en lumière la présence effective de scripts sexuels et professionnels chez les ergothérapeutes travaillant en rééducation. L'analyse des profils obtenus ainsi que l'interprétation de leurs discours tend à montrer un possible lien entre les différents types de scripts. En effet, il est possible que les représentations sexuelles (culturelles, intrapsychiques et interpersonnelles) intégrées par la personne influencent la perception qu'elle a de sa profession. Ainsi, les scripts professionnels qui en découlent définissent en partie les pratiques professionnelles concrètes. Dans notre recherche il s'agira de la prise en compte ou non de la sexualité des patients.

Les scripts sexuels semblent être liés avec les scripts professionnels et avoir un impact sur la prise en compte de la sexualité des patients.

4.3 Discussion autour des résultats et critiques du dispositif de recherche

Les résultats de cette recherche sont discutables et certaines critiques peuvent être adressées à ce travail. Nous pouvons notamment évoquer le choix de l'outil, le déroulement de l'enquête et la qualité des informations recueillies.

Nous avons choisi d'utiliser des entretiens non directifs. Notre objectif était de découvrir des données issues d'une élaboration psychique des ergothérapeutes. Ainsi, cet outil de recueil de données nous a semblé le plus pertinent. Néanmoins, il s'agit d'un exercice particulier qui demande de la pratique. Nous avons effectué des entretiens d'entraînement mais il nous semble aujourd'hui que nous manquons encore d'expérience. En effet, certaines de nos relances étaient peut-être trop orientées et ont influencé la réflexion des répondants.

Nous avons créé un cadre d'écoute et des profils attendus. Il est possible que cela ait influencé notre interprétation et que nous ayons essayé absolument de retrouver dans les discours ce que nous avons imaginé. Ce qui reviendrait à essayer de faire rentrer des carrés dans des ronds. Nous n'avons pas pu effectuer nos entretiens en face à face à cause de la situation sanitaire durant l'étude et le confinement obligatoire lié au Covid-19. Nous nous sommes adaptés et nous avons communiqué par téléphone. Cela nous a privé de tout le langage corporel qui aurait pu être analysé. De plus, nous aurions plus facilement créé un lien et un climat de confiance avec les répondants en étant physiquement avec eux. Cela nous aurait permis de mieux contrôler l'éventuel biais de désirabilité sociale des répondants.

Le panel d'entretien étudié est très faible (trois personnes) ainsi les résultats ne sont pas généralisables. Ils nous permettent simplement d'obtenir l'ébauche d'une tendance. L'interprétation des résultats doivent donc être envisagée avec recul. De plus, il est possible que les propos des ergothérapeutes ne reflètent pas leurs pratiques réelles. En effet, il était impossible pour nous d'effectuer une observation de leur pratique pour les vérifier.

4.4 Apport, intérêts limites pour la pratique professionnelle

Lorsque nous avons lancé un appel pour effectuer des entretiens, de nombreux ergothérapeutes ont souhaité participer. Nous avons dû refuser un certain nombre de sollicitations. Certains membres du panel nous ont invité à venir présenter nos résultats en personne et à leur transmettre ce mémoire une fois terminé. Cela traduit bien le vif intérêt que le thème de la sexualité des patients représente et à quel point ce sujet ne laisse pas indifférent.

Ce travail nous a également permis de découvrir les scripts sexuels et professionnels. Cela nous a aidé à catégoriser et mettre des mots sur des représentations qui peuvent paraître abstraites et qui pourtant semblent colorer l'intervention de l'ergothérapeute.

A défaut de donner des clefs afin de mieux appréhender la sexualité en ergothérapie, ce travail apporte des pistes de compréhension et de réflexion. Nous avons en effet constaté une volonté latente ou affichée de prendre en compte cet aspect de la vie des patients en rééducation. Les ergothérapeutes reconnaissent avoir les compétences nécessaires. Néanmoins, les scripts sexuels et professionnels viennent faciliter ou freiner cette volonté dans la pratique. A la lumière de ces informations, il est donc intéressant pour les ergothérapeutes d'effectuer un travail personnel afin de définir et mieux comprendre leurs propres scripts. Cela pourrait leur permettre de mieux appréhender les facteurs qui influencent leurs pratiques de terrain. Pour autant, nous sommes conscients de la difficulté d'effectuer ce travail d'introspection dans un milieu professionnel de plus en plus stressant et exigeant. C'est pourquoi, il nous semble intéressant d'utiliser, lorsque cela est possible, les outils institutionnels mis à disposition. Il pourrait s'agir de groupe de travail ou encore d'analyse de pratique interprofessionnelle. La prise en compte de la sexualité des personnes en situation de handicap fait partie de l'axe 4 de la stratégie nationale de santé sexuelle (19). A ce titre, il ne faut pas hésiter à mettre en avant la légitimité de ce thème auprès des supérieurs hiérarchiques.

Intervenir sur les scripts sexuels semble difficile car ces derniers se construisent tout au long de la vie. Cependant, on peut envisager d'intégrer la sexualité de manière explicite dans la formation universitaire des ergothérapeutes. Par conséquent, les étudiants pourraient en partie intégrer le fait d'être légitime pour prendre en considération ce sujet si particulier. Cela ajouté à l'enseignement d'une prise en soin holistique tel qu'il est aujourd'hui pratiqué pourrait éventuellement permettre de modifier les scripts professionnels des nouveaux ergothérapeutes.

Néanmoins, il convient de rappeler que notre panel n'est constitué que de 3 ergothérapeutes. Les données et les interprétations ne sont donc pas généralisables. Elles doivent toujours être prises avec du recul. De plus, nous ne pouvons pas conclure que ces résultats puissent s'appliquer à d'autres structures que les SSR. En effet, les lieux de vie tels que les MAS, les FAM ou encore les Ehpad présentent des spécificités. La relation et la prise en soins se font sur une très longue durée. De surcroît, des problématiques éthiques viennent s'ajouter à la prise en compte de la sexualité. On pourrait notamment parler de la question du consentement avec les patients souffrant de troubles cognitifs ou de démence. Les interventions à domiciles présentent

également des particularités qui impliquent une approche différente de la part de l'ergothérapeute.

4.5 Transférabilité professionnelle

Ce travail nous a montré que les pratiques ergothérapeutiques concernant la sexualité des patients ne sont pas instinctives ou innées. Elles sont le fruit de représentations et de connaissances qui se construisent tout au long de la vie et de la carrière professionnelle. La recherche que nous avons effectuée ici nous invite donc à ne pas suivre le flot de nos pensées et de nos actes passivement mais à essayer d'en connaître la source et les affluents.

Au-delà de la question sexuelle, nous avons compris que le recul et l'interrogation constante sont nécessaires pour progresser en tant que professionnel. A l'instar de Socrate il faut savoir que nous ne savons rien et ancrer dans nos habitudes une réflexion constante sur nous-même.

Dans le même esprit, nous pensons qu'il est important de se former et de pratiquer une veille professionnelle constante. Deux auteurs font un travail particulièrement intéressant concernant la sexualité :

- Alain Giami, directeur de recherche émérite à l'INSERM, ayant réalisé de très nombreuses études sur les thèmes de la sexualité, du handicap et du soin.
- Marcel Nuss, essayiste et auteur de nombreux textes et ouvrages concernant la place des personnes en situation de handicap dans la société et le droit à la sexualité.

Des formations sont également disponibles et il serait intéressant de pouvoir y participer dans l'optique d'acquérir de nouveaux outils afin de mieux appréhender la sexualité des patients.

Dans notre pratique quotidienne, il nous semble intéressant d'échanger un maximum avec les autres soignants. Cela nous permettrait d'avoir d'autres regards et opinions sur le sujet et de les confronter aux nôtres. Cet aspect ressort dans nos entretiens ou les répondants mettent en avant la communication d'équipe. L'analyse de pratique et le travail avec un psychologue peuvent également être des pistes de travail intéressantes, comme l'a soulevé le répondant 3. Enfin, proposer de donner soi-même des cours sur la sexualité aux autres professionnels et aux étudiants ergothérapeutes pourrait être un outil pertinent afin de continuer à se former et à partager des connaissances avec un public différent.

En somme, ce travail apporte des pistes de réflexion sur notre pratique. Il ressort principalement que, tout comme la prise en soins, le regard de l'ergothérapeute sur lui-même devrait également être holistique.

4.6 Perspective de recherche

Ce travail de recherche nous a donné quelques pistes de réflexion et d'analyse concernant l'impact des scripts sexuels et professionnels des ergothérapeutes sur leurs pratiques. Nous avons vu que chaque répondant avait un profil bien particulier et des représentations qui lui sont propres.

Cependant, de nombreux points restent inexplorés. En effet, on peut se demander quels autres facteurs peuvent influencer la prise en compte de la sexualité ? L'environnement institutionnel par exemple. Comment peuvent alors se rencontrer les contraintes institutionnelles et les scripts de chacun ?

De plus, certains éléments contextuels n'ont pas été pris en compte. La loi de 2005 a-t-elle eu un impact sur la vision sociétale du handicap et de sa sexualité ? De même quelle est l'influence de la réforme du diplôme d'ergothérapie de 2010. La sexualité n'est pas explicitement évoquée dans notre formation. Néanmoins, la notion de prise en soins holistique y est très présente. Cela peut-il jouer un rôle dans la définition des scripts professionnels ?

Enfin, nous avons constaté que la sexualité était facilement abordée pour les pathologies moins lourdes tels que les lombalgies et les prothèses de hanche. Un lien existe-t-il entre le niveau de handicap, le fait qu'il soit inné ou acquis et la vision de la sexualité des patients ? Notre revue de littérature nous a montré que les personnes en situation de handicap étaient souvent perçues comme asexuelles ? Est-ce la vision de certains ergothérapeutes ? Si oui dans quel cas ?

Ainsi, tous ces aspects nous amènent à une nouvelle question de recherche plus large : **Quels sont les facteurs pouvant influencer les scripts des ergothérapeutes ?**

Bibliographie

1. Maslow - A Theory of Human Motivation.pdf. [En ligne]. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.318.2317&rep=rep1&type=pdf>. Consulté le 17 mai 2020.
2. WHO | Gender and human rights. WHO. 1 mars 2017. [En ligne]. https://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/. Consulté le 2 juin 2019.
3. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. 2005-102 févr 11, 2005.
4. Handicap : maison d'accueil spécialisée (Mas). Juillet 2018. [En ligne]. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2006>. Consulté le 2 juin 2019.
5. service-public.fr . Handicap : foyer d'accueil médicalisé (Fam). Mise à jour Avril 2015. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15255>. Consulté le 2 avril 2019
6. DGOS. Soins de suite et de réadaptation - SSR. Ministère des Solidarités et de la Santé. Mise à jour janvier 2020. [En ligne]. <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>. Consulté le 5 avril 2020.
7. Portail d'information sur l'assistance sexuelle. Mise à jour Mai 2019. [En ligne]. <https://www.assistantsexuel.com/>. Consulté le 13 mars 2019.
8. Sakellariou D, Algado SS. Sexuality and Disability: A Case of Occupational Injustice. *Br J Occup Ther.* 1 févr 2006;69(2):69-76.
9. Hunt X, Carew MT, Braathen SH, Swartz L, Chiwaula M, Rohleder P. The sexual and reproductive rights and benefit derived from sexual and reproductive health services of people with physical disabilities in South Africa: beliefs of non-disabled people. *Reprod Health Matters.* 12 juin 2017;25(50):66-79.
10. Giami A, Humbert C, Laval D. L'ange et la bête: Représentations de la sexualité des handicapés mentaux chez les parents et les éducateurs. Strasbourg : Ctnerhi; 2001 : 127 p.
11. Grieve A, McLaren S, Lindsay W, Culling E. Staff attitudes towards the sexuality of people with learning disabilities: a comparison of different professional groups and residential facilities. *Br J Learn Disabil.* 2009;37(1):76-84.
12. Sakellariou D, Algado S. Sexuality and Occupational Therapy: Exploring the Link. *Br J Occup Ther.* 31 juill 2006;69:350-6.
13. Giami A, de Colomby P. Relations socio-sexuelles des personnes handicapées vivant en institution ou en ménage : une analyse secondaire de l'enquête « Handicaps, incapacités, dépendance » (HID). *Alter.* avr 2008;2(2):109-32.
14. Giami A. Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. *J Psychol.* 2007;n° 250(7):56-60.

15. Foucault M. La sexualité. Paris. Le Seuil; 2018. 300 p. (Hautes études).
16. Couldrick L. Sexual Expression and Occupational Therapy. Br J Occup Ther. juill 2005;68(7):315-8.
17. Bozon M. Sociologie de la sexualité. 4 eme. Armand Colin; 2018. 192 p. (Cursus).
18. Brenot P. L'éducation à la sexualité [Internet]. 128 p. [En ligne] : <https://www.cairn.info/l-education-a-la-sexualite--9782130561033.htm>. Consulté le 14 mars 2020.
19. strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf. Mise à jour janvier 2020. [En ligne] : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf. Consulté le 15 mars 2020.
20. Dupras A. Handicap et sexualité : quelles solutions à la misère sexuelle ? Alter. 1 janv 2012;6(1):13-23.
21. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition). Am J Occup Ther. 1 mars 2014;68(Supplement_1):S1-48.
22. Townsend E, Wilcock A. Occupational justice and Client-Centred Practice: A Dialogue in Progress. Can J Occup Ther Rev Can Ergothérapie. 1 mai 2004;71:75-87.
23. Kielhofner G. Model of Human Occupation: Theory and Application. 4eme éd. Lippincott Williams and Wilkins; 2007. 565 p.
24. TABOU : Définition de TABOU. Mise à jour mai 2015. [En ligne] <https://www.cnrtl.fr/definition/tabou>. Consulté le 10 mars 2020.
25. Freud S. Totem et tabou. Payot et Rivages; 2004. 240 p. (Petite bibliothèque Payot).
26. Topique 2008/4 (n° 105) [Internet]. [cité 5 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-topique-2008-4.htm>
27. Gagnon J. Les scripts de la sexualité. Payot et Rivages; 2008. 202 p. (Payot grands formats).
28. Giami A, Moreau E, Moulin P. Infirmières et sexualité : entre soins et relation. Presse de l'EHESP; 2015. 153 p. (Recherche, santé, social).
29. Eymard C. Le travail de fin d'étude : S'initier à la recherche en soins et santé. 3eme édition. Editions Lamarre. 2018 : 275p.

Annexes

Annexe 1 : Tableau récapitulatif de la recherche de littérature	45
Annexe 2 : Matrice de questionnement	47
Annexe 3 : Questionnaire et aperçu des réponses	52
Annexe 4 : Matrice théorique	64
Annexe 5 : Cadre de l'entretien	65
Annexe 6 : Profils attendus.....	66
Annexe 10 : Tableau thématique	68
Annexe 11 : Analyses verticales.....	80
Annexe 12 : Analyse horizontale entretien 1	83
Annexe 13 : Analyse horizontale entretien 2.....	90
Annexe 14 : Analyse horizontale entretien 3.....	94

Annexe 1 : Tableau récapitulatif de la recherche de littérature.

Source	Thème objet traité	Méthode utilisés	Population	Approche théorique privilégiée	Champs disciplinaires d'étude	Résultats principaux	Question, dimension qui n'est pas abordée
1 : INSERM	Rôle des institutions sur la sexualité des personnes en situation de handicap	Analyse secondaire d'une étude quantitative qualitative	36000 personnes en ménage ou institution présentant une déficience	Pratiques sexuelles	Sociologie, médico-social,	Les personnes en ménage ont plus de rapports sexuels, sont plus souvent en couple	les causes de cette différence ne sont pas étudiées
2 : Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations	Représentation de la sexualité des patients par les familles et les éducateurs	Préenquête discussion libre Enquete entretien semidirectif qualitative	3 groupes de 6 personnes pour la préenquête Questionnaire : 14 pro et 7 parents	Représentation sexuelles	Sociologie philosophie	Les parents voient leur enfants comme asexualisés (ange) Les éducateurs voient la sexualité des patient comme agressive et non contrôlée (bête)	L'études est assez ancienne La vision des personnes en situation de handicap n'est pas abordée
3 : British Journal of Occupational Therapy	L'injustice occupationnelle concernant la sexualité d'hommes ayant une atteinte de la moelle épinière	Analyse d'entretiens libres Qualitative	6 hommes ayant des atteintes de la moelle épinière	Equilibre occupationnel	Sociologie, Science de l'occupation	Les préjugés sociétaux impactent la sexualité de ces hommes et conduisent à une injustice occupationnelle	La situation des femmes en situation de handicap

4 : British journal of learning disabilities	L'attitude des soignants envers la sexualité des personnes souffrant de déficience intellectuelle	Questionnaire validé : le SAQ (sexual attitude questionnaire) Quantitatif	Personnel soignant Infirmiers diplômés	Représentations et pratiques professionnelles	Sociologie Médico-social	Les soignants travaillant dans de petites structures et ayant un plus haut niveau d'étude ont des attitudes plus tolérantes envers la sexualité des patients. Les autres ont des attitudes conservatrices	Seul les déficiences intellectuelles sont évoquées. Les autres types de handicap ne sont pas explorés.
5 : Reproductive Health Matters An international journal on sexual and reproductive health and rights	L'opinion de la population sud Africaine sur le droit à la sexualité des personnes en situation de handicap	Questionnaire numérique et papier Quantitatif	1987 individus dans la population générale (dont 25 en situation de handicap)	Préconstruits sociologiques	Sociologie Anthropologie	Tous les répondants estiment que les personnes en situation de handicap ont moins le droit à la sexualité	Les causes de ces opinions ne sont pas explorées.
6 : European Journal of Disability	Le rôle des institutions de rééducation dans la réappropriation de la sexualité et les relations de couple des personnes avec un handicap acquis.	Entretiens et analyse d'entretien Observation de pratiques Qualitatif	11 hommes et 9 femmes avec des déficiences motrices acquises	Sexualité de couple	Médico-social Sociologie	Les séjours en services de rééducation constituent des freins à dans la réappropriation de la sexualité et aux relations de couple des personnes avec un handicap acquis	Le ressenti des patients et de leurs conjoints. Sont-ils frustrés, en colère ?
7 : ouvrage : Leur sexualité n'est pas un handicap	L'expérience de terrain du personnel institutionnel concernant la sexualité des patient	Questionnaire Qualitatif Quantitatif	474 personnes : 250 étudiants ayant déjà effectué un stage	Pratiques professionnelles	Médico-social	Les répondants ont constaté une souffrance des patients face à la sexualité et un manque de prise en compte de	L'opinion des directeurs de structures n'est pas exploré. Cela aurait été intéressant pour

	en situation de handicap		224 professionnels			ce sujet par les institutions. Mais aussi un manque de connaissances et de formation.	connaître les causes des constats faits par les répondants.
--	--------------------------	--	--------------------	--	--	---	---

Annexe 2 : Matrice de questionnement

Variable étudiée	Indicateurs par variable	Sous indicateurs	Item	Modalité de Réponse	Objectifs
1 Identification du répondant	1.1 Profession		Etes vous ergothérapeute ? si « non » merci de ne pas répondre à ce questionnaire.	« oui » / « Non »	Le public est le bon
2 Perception de la sexualité et pratiques professionnelles	2.1 Place de la sexualité dans chez l'humain		Selon vous, quelle est l'importance de la sexualité pour l'être humain ?	Echelle de 0 à 5 (0= aucune importance/ 5 = indispensable)	Connaitre l'importance générale de la sexualité
	2.2 Place de la sexualité dans l'occupation		Pensez-vous que la sexualité est une activité signifiante pour l'être humain?	« oui » / « Non »	Connaitre l'importance du lien sexualité/activité

	2.3 Place de la sexualité en rééducation		Selon vous, quelle est l'importance de la sexualité dans la prise en soins d'un patient en rééducation ?	Réponse ouverte	Connaitre la place de la sexualité en Rééducation pour l'échantillon
	2.4 Parler de la sexualité avec les patients		L'abordez-vous avec vos patients ?	« jamais/rarement/parfois/souvent à chaque fois/ vous attendez que le patient en parle d'abord »	Connaitre le comportement face à la sexualité des patients
	2.5 Demande des patients		Des patients vous ont-ils déjà sollicité pour des questions de sexualité en lien avec leur pathologie ?	« oui/non »	Connaitre la demande des patients concernant la sexualité
	2.5 Demande des patients	2.5.1 Fréquence de sollicitation	A quelle fréquence les patients vous sollicitent-ils au sujet de leur sexualité ?	« jamais/rarement/parfois/souvent à chaque fois »	Connaitre la fréquence de sollicitation des patients
	2.6 Sexualité et champs de compétences		Pensez-vous que la prise en compte de la sexualité fasse partie du champ de compétence de l'ergothérapeute ?	« oui/non/en partie »	Connaitre la vision du lien entre sexualité et compétences ergothérapeutiques
3 Obstacles et facilitateurs	3.1 freins personnels		Avez-vous des appréhensions à l'idée de	« oui/non »	Savoir si les répondants ont des freins à l'évocation de la sexualité des patients

			parler de sexualité avec vos patients ?		
		3.1.2 Détails difficultés	Si oui, quelle sont-elles ?	Réponse ouverte	Connaître les freins personnels des répondants
	3.2 Freins institutionnels	3.1.1 Rôle de l'institution professionnelle	Considérez-vous votre institution comme facilitatrice dans la prise en compte de la sexualité des patients ?	« Echelle de 0 à 5 (0 = institution obstacle/ 5 = institution totalement facilitatrice) »	Savoir si l'institution facilite ou fait obstacle à la prise en compte de la sexualité des patients
	3.3 Facilitateurs	3.3.1 Possibilité d'aide	Avez-vous la possibilité d'orienter vos patients vers un autre professionnel pour parler de sexualité ?	« Oui/Non »	Connaitre la possibilité d'une aide dans l'équipe.
		3.3.2 précisions de l'aide	Si oui le(s)quel(s) ?	Réponse ouverte	Connaître les professionnels susceptibles de traiter la sexualité
		3.3.3 Possibilité de communication en équipe	Vous sentez vous à l'aise pour évoquer la sexualité en équipe ?	« Oui/Non »	Savoir si les répondant sont prêt à en parler en équipe
		3.3.4 Formation à la sexualité	Avez-vous eu des formations concernant la sexualité des patients ?	« Oui/Non »	Connaitre la formation sur la prise en soins de la sexualité

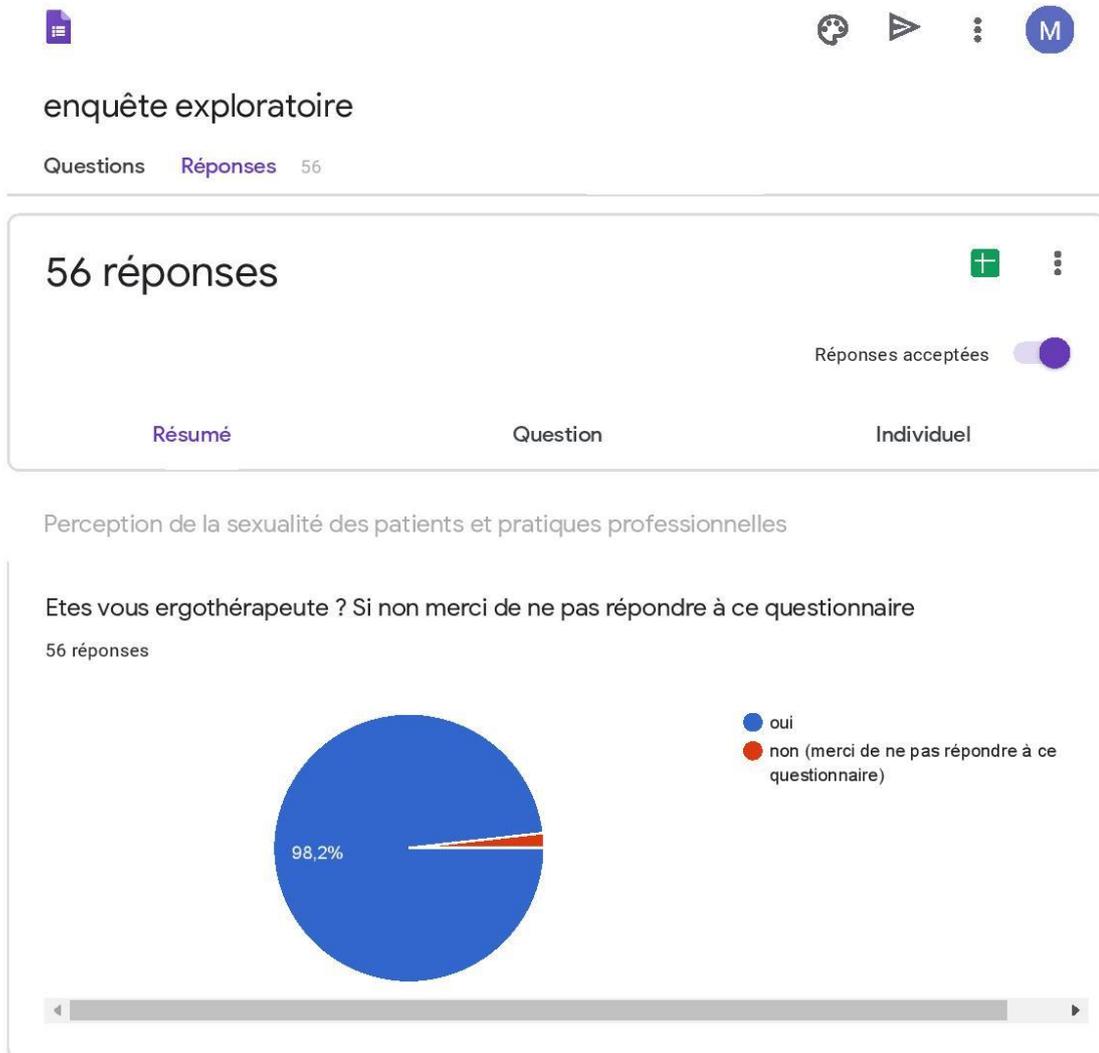
		3.3.5 Sentiment de niveau de formation	Vous sentez vous assez formé ?	« Oui/Non »	Connaitre le sentiment de formation à ce sujet
		3.3.6 Solutions envisagées	Selon vous quels outils vous permettrait d'aborder la sexualité plus sereinement ?	Réponse ouverte	Savoir si les répondants ont des pistes de réflexion.
4 Caractéristiques du répondant	4.1 Age		Quel est votre âge ?	Numérique	Connaitre l'âge de la population et savoir si cette variable influence les représentations et les pratiques professionnelles concernant la sexualité
	4.2 Sexe		Sexe :	« H/F »	Connaitre le sexe de la population et savoir si cette variable influence les représentations et les pratiques professionnelles concernant la sexualité
	4.3 Année d'obtention du diplôme		En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'ergothérapeute	Numérique	Connaitre l'expérience des ergothérapeutes et savoir si cette variable influence les représentations et les pratiques professionnelles concernant la sexualité
	4.4 Nombre d'année d'expérience en SSR		Depuis combien d'année travaillez-vous en SSR ?	Numérique	Connaitre l'expérience en SSR des ergothérapeutes et savoir si cette variable influence les représentations

					et les pratiques professionnelles concernant la sexualité
	4.5 Département d'exercice		Dans quel département exercez-vous ?	Numérique	Connaitre le département d'exercice ergothérapeutes et savoir si cette variable influence les représentations et les pratiques professionnelles concernant la sexualité
	4.6	Remarques	Avez-vous des remarques concernant ce questionnaire ?	Réponse ouverte	Permettre au répondant de s'exprimer sur des points non abordés et important pour lui

Annexe 3 : Questionnaire et aperçu des réponses

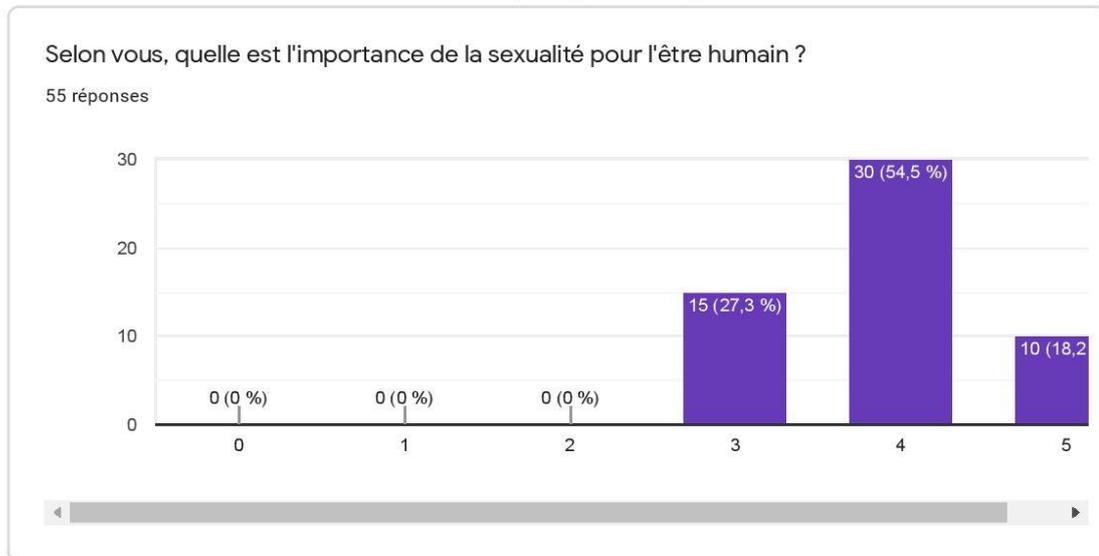
15/05/2020

enquête exploratoire - Google Forms



15/05/2020

enquête exploratoire - Google Forms



Selon vous, quelle est l'importance de la sexualité dans la prise en soins d'un patient en rééducation?

46 réponses

Importante mais souvent éviter

C'est important pour son intégrité personnelle et sociétal

Très importante notamment chez les patients jeunes

Je pense qu'elle n'est malheureusement pas assez prise en compte. Mais que cela reste essentiel, mais encore trop dépendant de la relation entre l'ergothérapeute et son patient et aussi de l'ergothérapeute lui même, de ce qu'il projette.

Il serait intéressant d'intégrer ce questionnement de façon plus systématique dans certaines d'évaluation, et/ou modèles conceptuels, mais peut-être être est ce déjà fait (problème générationnel).

Et pourtant il est indéniable qu'il s'agit là d'une activité prépondérante retentissante sur l'image du corps, l'autonomie des notions propres à l'intervention de l'ergothérapeute.

Pas essentielle

L'abordez vous avec vos patients?

55 réponses

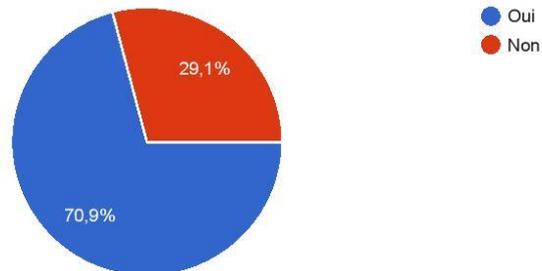


15/05/2020

enquête exploratoire - Google Forms

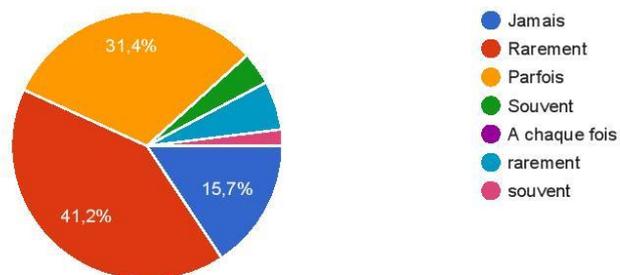
Des patients vous ont-ils déjà sollicité pour des questions de sexualité en lien avec leur pathologie?

55 réponses



A quelle fréquence les patients vous sollicitent-ils au sujet de leur sexualité?

51 réponses

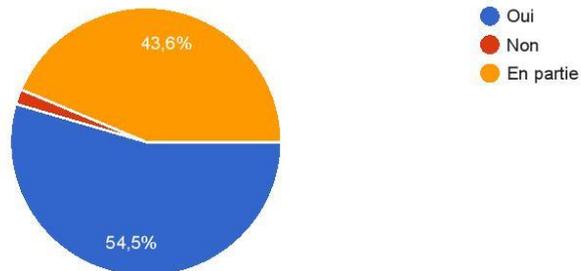


15/05/2020

enquête exploratoire - Google Forms

Pensez-vous que la prise en compte de la sexualité fasse partie du champ de compétence de l'ergothérapeute?

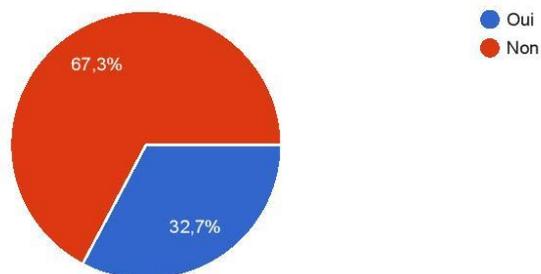
55 réponses



obstacles et facilitateurs

Avez-vous des appréhensions à l'idée de parler de sexualité avec vos patients ?

55 réponses



Si oui quelles sont-elles ?

20 réponses

Je ne suis pas à l'aise à parler de cette partie de la vie je passe par des livrets avec des positions possibles ou non Celine la pathologies

Par manque de connaissances en terme de prise en charge

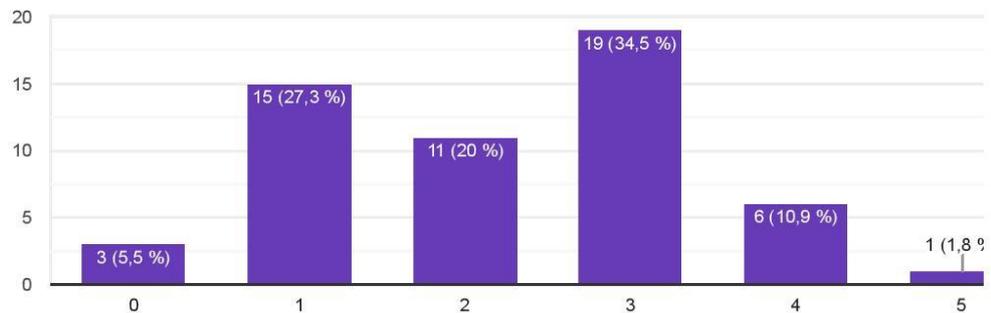
Sujet tabou, aborder les pratiques positions et spécificité selon les pathologies

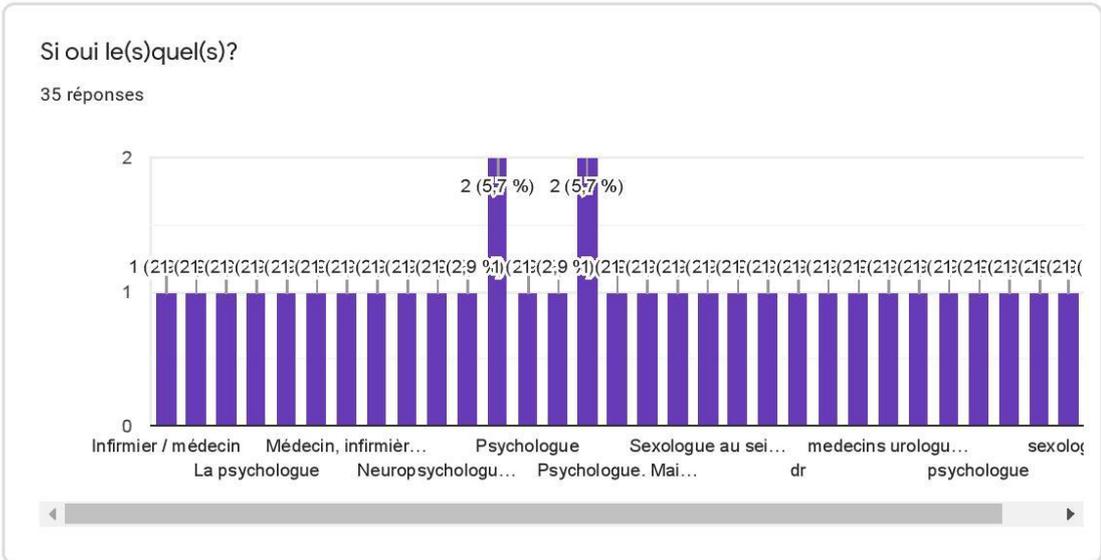
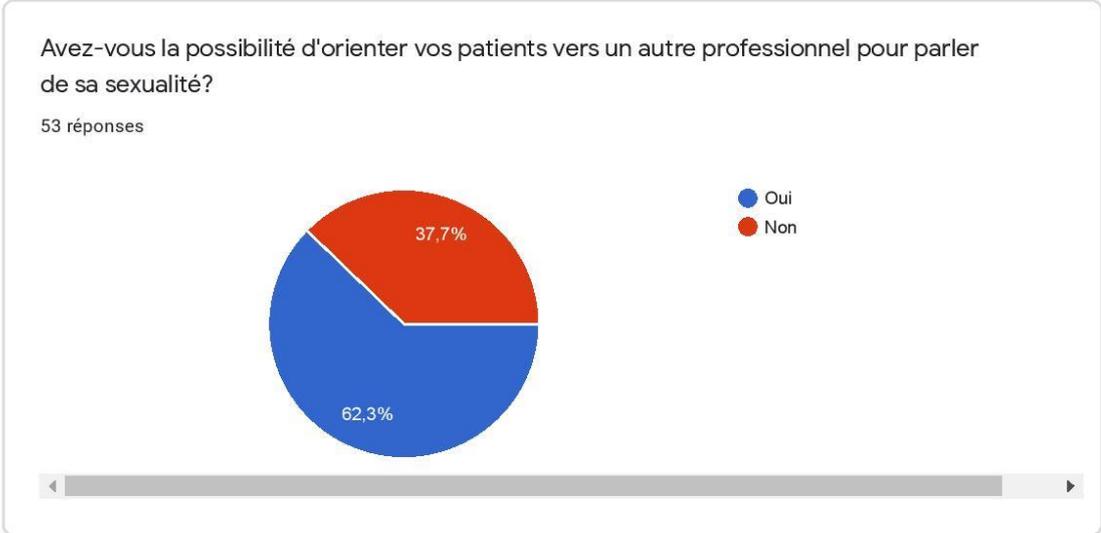
Parfois il est vrai, que les personnes sont pudiques et ne veulent pas forcément parler de ce sujet, il est alors plus difficile de l'aborder. De plus pour certaines pathologies (PTH, Dos) des compensations sont faciles à trouver pour faciliter la sexualité. Pour d'autres pathologies (para/tétraplégies/parésie), je ne sens pas mes compétences d'ergo assez poussées pour pouvoir répondre à toutes les questions (médicaments, fonctionnement de l'érection ou du plaisir qui peuvent être altérés..). Donc parfois, j'ai des appréhensions et préférerais en discuter en pluridisciplinaire

La gêne tout d'abord. Ensuite le manque d'outils et de formation. L'image que je peux renvoyer à mes patients concernant mon âge. Le manque d'info pour les personnes sur le fait qu'ils pourraient également nous questionner à ce sujet au même titre que l'habillement ou la toilette.

Considérez-vous votre institution comme facilitatrice dans la prise en compte de la sexualité des patients ?

55 réponses



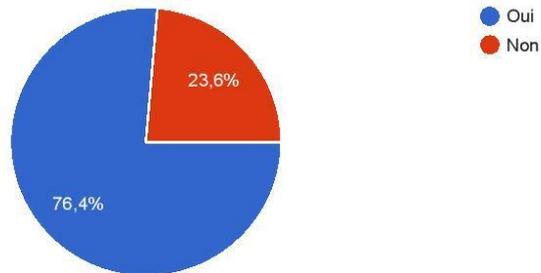


15/05/2020

enquête exploratoire - Google Forms

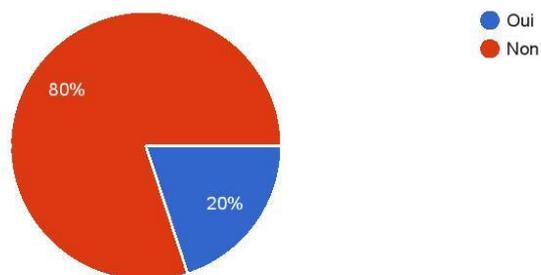
Vous sentez vous à l'aise pour évoquer la sexualité des patients en équipe ?

55 réponses



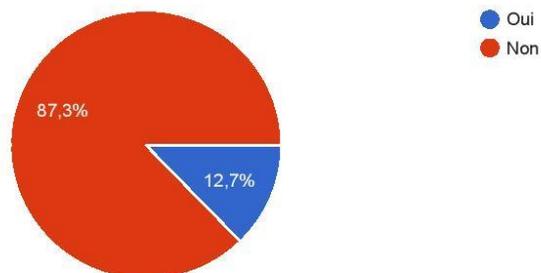
Avez-vous eu des formations concernant la sexualité des patients?

55 réponses



Vous sentez vous assez formé (e) pour travailler sur la sexualité des patients?

55 réponses



15/05/2020

enquête exploratoire - Google Forms

Selon vous quels outils vous permettrait d'aborder la sexualité plus sereinement ?

43 réponses

formation

Formation, livret explicatif (ex prothèse de hanche pour les positions)

Je sais pas

Des formations, des solutions pour répondre à leur besoin

Formations, interventions de patients extérieurs à la structure, groupe de parole avec les patients et différents acteurs de soins.

Atelier théâtre avec les patients. Jeux de rôle.

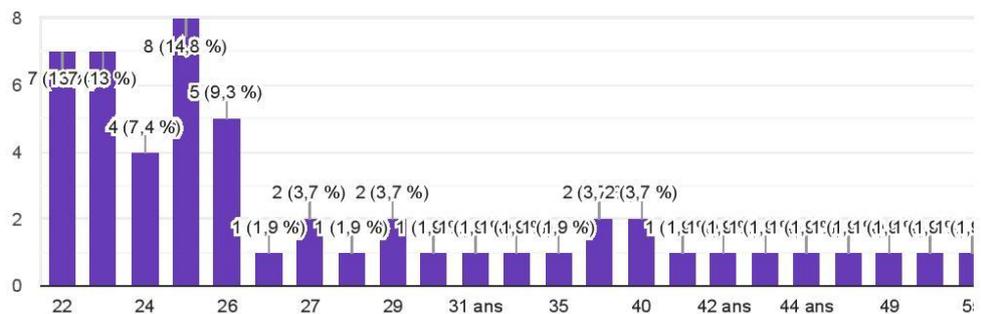
Aucune idée

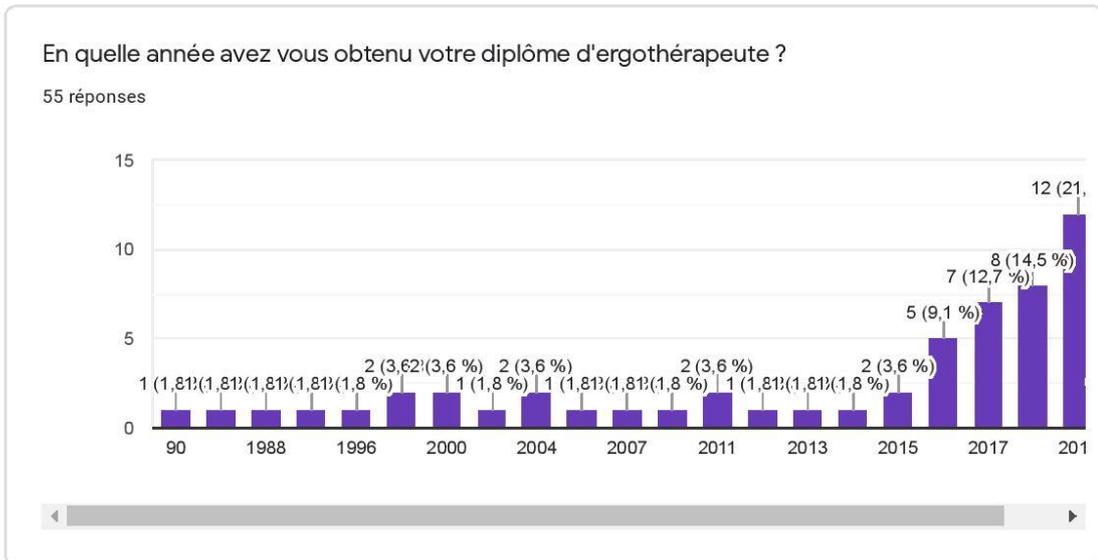
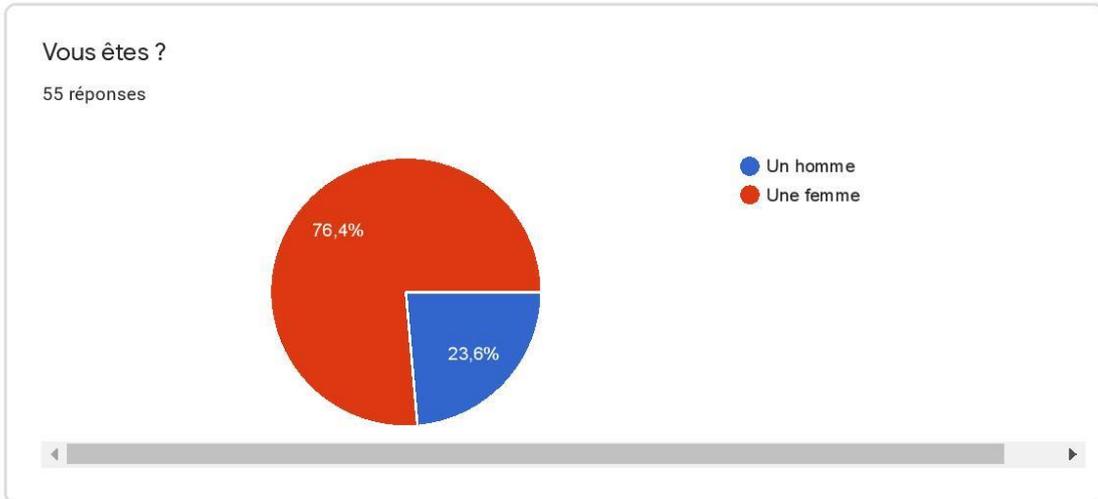
Une formation en premier lieu. Un livret ou un texte regroupant toutes les informations pour différentes pathos. Des contacts de sexologues pour pouvoir répondre aux questions plus complexes, et/ou pour que les patients aient des contacts pour l'extérieur (je travaille en hôpital de jour)

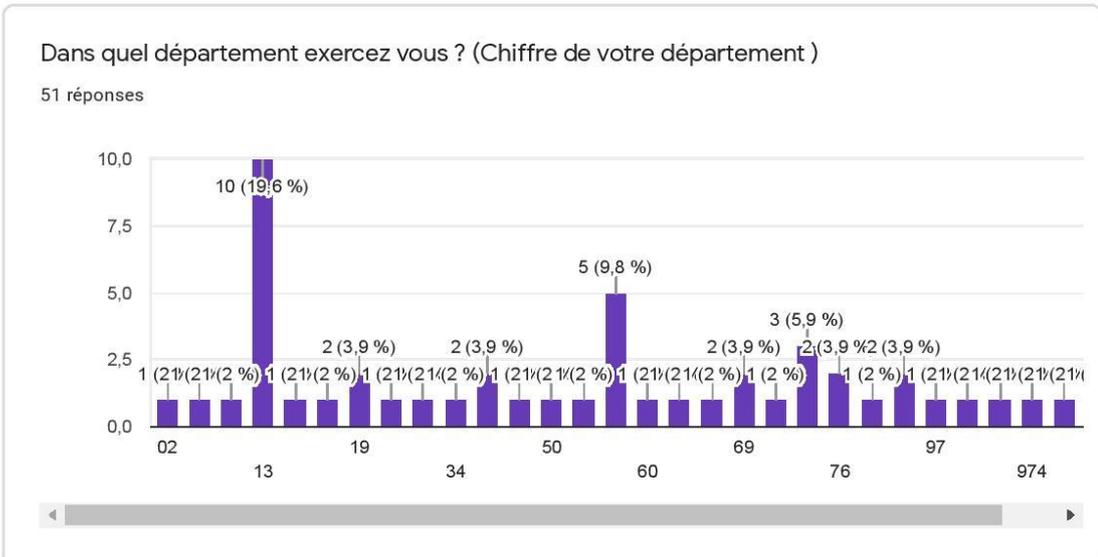
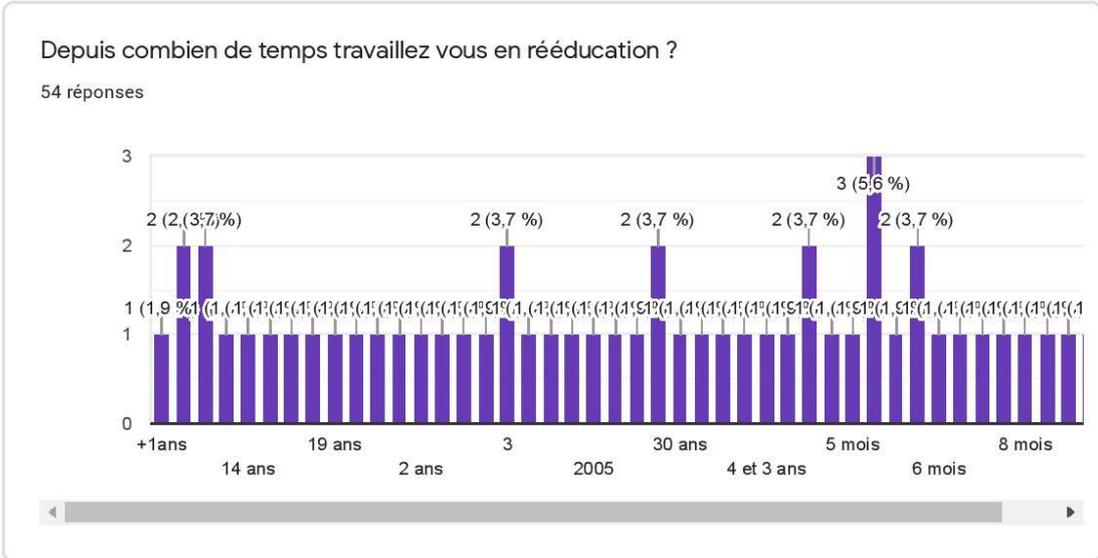
Complément d'information

Quel âge avez vous?

54 réponses







15/05/2020

enquête exploratoire - Google Forms

Avez vous des remarques concernant ce questionnaire?

16 réponses

travail en SSR gériatrie (sexualité à toujours de l'importance mais cela est surement différent avec une autre population)

Sujet intéressant peu abordé

Concerne principalement jeunes population je pense notamment aux personnes Traumatisés crâniennes au niveau de la desinhibition et de la sexualité qui y est très importante

Très intéressant

C'est une question très importante à développer dans les institutions.

J'ai discuté avec des prestataires pour développer une gamme sextoys, ou facilitateurs pour la sexualité des personnes en situation de handicap. Ils y réfléchissent et souhaite créer une gamme sexo.

Ne serait il pas pertinent d'indiquer le domaine de pratique des participants au questionnaire?

J'ai fais mon mémoire sur le sujet, tu peux me contacter sur facebook (charline legendre) ou lire mon mémoire sur l'ANFE :)

Annexe 4 : Matrice théorique

Concepts	Origines	Critères
Sexualité	Physiologique Sociologique Science de l'occupation	Instinct de reproduction, réactions physiques Sexualité récréative Construction de l'individu Rôle de l'environnement Santé sexuelle : Plaisir, consentement, respect Misère sexuelle : isolement, impuissance, souffrance La sexualité est une occupation La sexualité n'est pas une occupation
Tabou	Freudien Chrétien	Inceste Meurtre Division corps esprit Sexualité maritale
Scripts	Scripts sexuels culturels Scripts sexuels intrapsychique Scripts sexuels interpersonnels Scripts professionnels	Notions de sain/malsain, situations et rôles à caractère sexuellement explicite Fantasmes, souvenirs, répétition mentale, excitation, pratiques personnelles Activité sexuelle concrète et comportement entre les personnes Quoi, comment, quand, où, pourquoi et avec qui pratique-t-on son métier ?

Annexe 5 : Cadre de l'entretien

Panel : 2 femmes (dans la vingtaine) et 1 homme (40 ans)

Lieux : entretien par téléphone à leurs domiciles ou sur leurs lieux de travail. A eux de choisir selon l'endroit où ils pensent être le plus au calme.

Avant de définir le cadre contractuel, un temps de quelque minutes sera utilisé afin de faire connaissance avec le répondant.

Cadre contractuel et discours d'introduction :

« Merci de prendre du temps pour participer à ma recherche. Comme je vous l'ai dit, elle se penche sur les représentations de la sexualité des ergothérapeutes en rééducation et le lien avec leurs pratiques.

J'ai choisi de m'intéresser à ce sujet car on parle souvent de prise en soins holistique en ergothérapie mais je n'ai jamais vu quelqu'un interroger la sexualité des patients en pratique.

Je vous ai donc choisi car vous travailler actuellement ergothérapeute dans un service de SSR.

Avec votre accord, cet entretien va être enregistré mais votre anonymat est garanti, aucune information personnelle ne sera utilisée ou divulguée. »

Question inaugurale :

« Comment appréhendez-vous dans votre pratique la sexualité des patients ? »

Annexe 6 : Profils attendus

Profil 1 : « La grenouille de bénitier »

Vision de la sexualité : c'est un besoin biologique (reproduction). Vision biomédicale : dysfonctionnement => traitement

Tabou très présent : judéo chrétien (sexualité tolérée uniquement dans le mariage) ou freudien

Script sexuel :

- Sexualité = intimité stricte, ne doit pas apparaître en public
- Besoin sexuel = malsain, pervers

script professionnel :

- La sexualité n'a pas sa place à l'hôpital (sanctuaire d'hygiène et lieu de soins uniquement) donc :
 - ⇒ L'ergothérapeute n'est pas concerné par la sexualité
 - ⇒ La sexualité n'est ni une AVQ ni une occupation

Profil 2 : « Le libéral libéré »

Vision de la sexualité : Selon le paradigme moderne de la sexualité. Elle est indispensable à la construction de l'individu et à une vie épanouie.

Très peu de tabou = la sexualité est une activité comme une autre et doit être abordée. Le libéral libéré parle de toutes les pratiques sexuelles sans gêne et de manière directe.

Scripts sexuels :

- La sexualité est un besoin vital source de plaisir et ne doit pas être censurée
- Chacun doit pouvoir vivre sa sexualité comme il l'entend

Script professionnel :

- L'ergothérapeute doit absolument prendre en compte la sexualité des patients au même titre que les autres AVQ

Profil 3 : « Le libéral libéré mais pas trop »

Vision de la sexualité : A première vue la même que celle du libéral libéré

Les tabous sont cependant présents : le répondant éprouve de la gêne pour parler des pratiques sexuelles. Il utilise des métaphores et fait des plaisanteries afin de masquer son manque d'assurance. Il ne parle pas clairement et sans détour de sexe.

Scripts sexuels :

- La sexualité est importante et source de plaisir mais elle ne doit pas être affichée.
- La sexualité n'est pas malsaine mais source de pudeur
- La sexualité relève de l'ordre de l'intimité absolue

Scripts professionnels :

- L'ergothérapeute doit prendre en soins les patients de manière holistique (sexualité comprise)

MAIS

- La personne ne se sent pas assez formée et ne pense pas avoir les compétences pour agir
- LA personne ne se sent pas à l'aise pour aborder la sexualité des patients

Annexe 7 : Tableau thématique

	1 ^{er} abord de la sexualité avec les patients	Niveau de confort concernant la sexualité des patients	Modalité d'intervention concernant la sexualité des patients	Représentations sexuelles	Sexualité et ergothérapie	Idées d'amélioration quant à l'intervention sur la sexualité des patients
E 1	<p><i>Donc si je les vois pour la première fois dans un séjour aigue c'est-à-dire juste après l'accident ou si c'est un séjour on va dire d'entretien, c'est-à-dire des personnes qui reviennent tous les ans ou autre je vais pas aborder la question de la même façon si tu veux. Par exemple les personnes qui viennent nous voir juste après leur accident, c'est pas une question que je vais aborder directement en général ce sont des personnes qui sont en hospitalisation complète qui sont pas encore rentré chez elle et qui n'ont pas encore pu expérimenter la sexualité de leur côté en fait dans les séjours dit aiguës y a toujours chez les gens une volonté de vouloir tout récupérer vu que tu es en séjour de rééducation et tout. Quand c'est un séjour d'entretien ou une hospitalisation de jour c'est différent puisque les personnes qui ont pu expérimenter certaines difficultés par rapport à leur sexualité suite à leur accident et pourront plus facilement en parler puisqu'ils</i></p>	<p><i>Oui voilà enfin c'est pas non plus le baisodrome quoi (rire) L 88</i></p> <p><i>Pardon ! c'est peu être un peu cru dit comme ça (rire) L 90</i></p> <p><i>Après dans tous les cas je pense que c'est pas un sujet qui me rebute de prime abord. J'ai pas de problème à parler de sexualité de manière générale L 122 à 123</i></p> <p><i>Bah je sais pas je suis plutôt ouverte d'esprit après je dis pas que mes collègues le sont pas mais j'ai pas de difficulté à parler de ce sujet en fait pour moi c'est une composante à part entière de la santé ça fait partie des activités de la vie humaine donc voilà y'a pas de raison d'avoir honte L 130 à 132</i></p>	<p><i>Parce qu'il faut aussi apprendre à vivre avec à trouver des petites adaptations différentes manières de faire des aides techniques revoir le positionnement m'aimes ne serait-ce que : comment je me déshabille comment je mets un préservatif ? toutes ces problématiques qui se posent et sur lesquelles j'avais trouvé que c'était intéressant de travailler surtout avec notre population. L 67 à 70</i></p> <p><i>il y a des rencontres qui se font et même pas forcément entre patients mais il peut y avoir les conjoints qui viennent rendre visite. Dans ce cas on prévient qu'il ne faut pas déranger de telles heures à telle heure. L 84 à 86</i></p> <p><i>Alors après c'est variable en fonction des personnes forcément on va peut-être se permettre d'utiliser l'humour avec certaines personnes avec d'autres elle sera peut-être pas réceptive à l'humour donc on va toujours faire au cas par cas.</i></p>	<p><i>La sexualité ça fait partie de la vie c'est important et pour le physique et pour le mental L71</i></p> <p><i>ça reste quand même je pense un sujet tabou pour les personnes. Il faut aussi qu'ils osent dire qu'il y a un souci dans leur sexualité. C'est pas quelque chose d'évident. Donc voilà et puis je pense aussi qu'ils ont du mal à s'imaginer qu'un rééducateur puisse leur amener des solutions par rapport à ça. L 113 à 116</i></p>	<p><i>Et ben oui enfin ça fait aussi partie de la rééducation. Si tu n'expérimentes pas tu ne peux pas savoir finalement. C'est important que la sexualité elle soit explorée, c'est important voilà ! de même si t'as pas les techniques, ne serait-ce que des informations... donc non c'est tout à fait normal c'est même utile pour moi ! L 95 à 98</i></p> <p><i>on se sent pas forcément légitime d'en parler et en fait bah non on est tout à fait légitime pour en parler. Si moi en tant qu'ergothérapeute j'en parle pas, à part le sexologue qui va en parler ? L 162 à 164</i></p>	<p><i>On est en train de travailler justement l'abord de la sexualité avec les patients on est en collaboration avec un infirmier spécialisé en urologie et et un médecin sexologue on essaye de mettre en place une dynamique de travail interprofessionnel L 44 à 46</i></p> <p><i>Je pense que justement il faut qu'on ouvre davantage cette porte de la sexualité car il y a énormément de choses à faire énormément de personnes qui sont frustrées et qui ne savent pas vers qui se tourner pour ce genre de problème alors que potentiellement on pourrait leur apporter pas mal de réponses ou leur apporter des choses qui pourraient les aider dans leurs pratiques sexuelles mais donc pour le moment je pense que on a encore du travail à faire dans ce domaine-là. L 48 à 52</i></p>

<p><i>auront des exemples concrets tu vois ce que je veux dire donc la façon d'aborder la sexualité va vraiment dépendre des personnes que j'ai en face de moi. L 7 à 18</i></p> <p><i>nous ce qu'on essaye de faire le plus rapidement possible ce sont des week-ends thérapeutiques après tu vois c'est plutôt des situations où je vais parler de la sexualité en terme d'information pure, en gros je lance l'idée que si ils ont des interrogations par rapport à ça, est-ce qu'on peut essayer de trouver des choses pour faciliter la sexualité ? parce qu'elle peut être altérée tu vois si je généralise un petit peu car ce sont des choses que l'on retrouve chez beaucoup de personnes qui ont des infections neurologiques et en fait je lance l'information alors ils la prennent où ils la prennent pas mais il se trouve qu'au moins ils ont ça dans la tête si ils ont besoin d'en parler après hélas si ils ont besoin d'en parler après ben tu vois on va essayer d'aiguiser un petit peu sur les différentes problématiques qui peuvent être diverses hein L 21 à 29</i></p> <p><i>Je suggère que c'est pas un sujet qui est tabou pour moi en tout</i></p>	<p><i>Et ouais mais c'est vrai que c'est pas évident. Même pour moi les premières fois j'avais du mal L 148</i></p> <p><i>quand tu commences, quand tu commences ben tu en parles plus difficilement aussi quoi au début tu marches un peu sur des œufs. Tu te dit, comment je vais aborder la chose ? L 151 à 153</i></p> <p><i>Genre pendant 2 ou 3 séances je me disais : « est-ce que j'en parle est-ce que j'en parle pas ? » L 158 à 159</i></p> <p><i>Enfin au début on est peut-être pas forcément très à l'aise L 162</i></p> <p><i>Bah voilà quoi, je pense que c'est assez clair c'est l'intimité des gens et du coup c'est pas forcément évident d'y entrer de plain-pied il faut être un petit peu pédagogue faire preuve de finesse pour ne pas choquer les gens. En fait c'est ça ! c'est pas le fait d'avoir du mal à parler de sexualité. C'est d'avoir peur que les gens se</i></p>	<p><i>Après on a pas de protocole prédéfinis. Les problématiques en général ça va être concernant les positions le confort pendant l'acte les aides techniques par exemple pour assurer l'érection la lubrification. Ça peut ...Ça peut être aussi juste le fait de prévoir c'est-à-dire que là on leur donne surtout de l'information. C'est-à-dire avoir par exemple quelque chose qui n'a pas pour but forcément directement de procréation ou de Pénétration mais voilà ça peut être juste parler de contraception ou même d'hygiène avant et après l'acte voilà comment faire comment faire pour se déshabiller pour favoriser le rapport sexuel en fait ou l'acte sexuel puisque ça peut être aussi en solitaire. L 101 à 110</i></p> <p><i>Par contre chose qu'on a pas forcément abordé tout à l'heure c'est justement de discuter avec son patient mais aussi éventuellement avec son ou sa partenaire. Nous par exemple on peut tester des choses. Bon les personnes restent habillées bien sûr (rire) mais si tu veux on a un appartement thérapeutique avec un lit double et du coup on peut aussi tester différentes configurations. L 136 à 140</i></p>	<p><i>Ben c'est quand même un sujet où tu rentres dans une sphère très intime tu vois ? L 170</i></p> <p><i>Ouai mais euu la sexualité c'est quand même différent tu vois, ça nous définit en tant que personne. C'est quelque chose de plus délicat à aborder. Même si je le fait... Mais c'est vrai que la sexualité c'est quelque chose de tellement personnel tu vois ce que je veux dire ? L 188 à 190</i></p> <p><i>c'est difficile à dire mais c'est tellement important... mais en même temps euuu je pense que c'est la société qui met beaucoup de tabou dessus. Tu comprends ? genre faut pas en parler faut pas la montrer alors que</i></p>		
---	---	---	--	--	--

	<p><i>cas et que je suis ouverte pour discuter de ça si il y a des choses qui sont compliqués ou autre bah oui on pourrait trouver des solutions ensemble. L 31 à 33</i></p> <p><i>E : Du coup est-ce que tu fais ça systématiquement est-ce que tu ouvres systématiquement cette porte à tous tes patients ?</i></p> <p><i>R : J'essaye. Après ça dépend, nous on a souvent des suivis assez longs qui nous permettent de développer une relation avec les patients donc en général je le fais. Après je ne le fais pas systématiquement. L 34 à 38</i></p>	<p><i>referment et de casser la relation qu'on est en train de mettre en place avec eux. L 177 à 181</i></p> <p><i>c'est vrai que maintenant que tu me le dis et que j'y réfléchi ... euu ouai ce que je viens de te dire c'est pas forcément justifié en pratique. Peut être qu'en effet c'est juste l'intimité de l'autre qui fait peur. L 183 à 185</i></p> <p><i>Alors certes je suis open pour en parler mais bon ça reste un sujet particulier L 192</i></p>		<p><i>d'un autre côté on la vois partout euuu c'est assez paradoxal d'ailleurs (rire) L 193 à 195</i></p>		
E 2	<p><i>Donc comment je l'appréhende ? ben euuu très simplement en fait. J'utilise un outil qui explore les différents aspects de la vie des personnes et où ils peuvent évaluer leur niveau de satisfaction. Ça s'inspire de la MHAVIE mais je l'ai modifié à ma sauce (rire). Du coup si tu veux, à la fin il y a une partie vie relationnelle et</i></p>	<p><i>Euuu parce que c'est vrai qu'on peut se demander comment en parler sans choquer la personne quoi. Peut-être qu'elle va se fermer ou se sentir mal à l'aise. C'est la seule chose qui me gêne en guillemets. Mais je préfère gêner un peu la personne plutôt qu'elle n'aborde pas un</i></p>	<p><i>Ben je pose un cadre précis dès le début je leur dis que je suis une professionnelle et que je suis compétente pour les aider aussi sur ce point. Euuu mais j'avoue que je me sers de ma blouse blanche comme d'une armure aussi (rire). Tu vois ça maintient une certaine distance du coup les gens te respectent et</i></p>	<p><i>parce que pour moi c'est une AVQ comme une autre donc y'a pas de raison que les personnes restent en galère parce qu'on leur en a pas parlé. Après c'est à elles de s'en saisir. Mais clairement pour moi, la sexualité c'est super important, autant que se laver ou manger tu vois ? L 17 à 20</i></p>	<p><i>Et puis mon métier je le perçois d'une certaine façon. On est là pour aider les gens dans tous les champs de leur vie. Et partout où ya un problème, on doit être capable de proposer des choses. Si on sélectionne uniquement les Avq qui nous plaisent benn c'est super injuste pour le patient je trouve. L 77 à 81</i></p>	<p><i>hummm pas tellement en fait c'est vrai que je travaille beaucoup avec les patients mais pas trop avec les conjoints. Maintenant que tu le dis il faudrait peut-être que je m'y mette ouai (rire) L 108 à 109</i></p>

<p><i>intime je crois que c'est écrit comme ça, et euuu dedans il y a la sexualité. Donc ça me permet de leur faire savoir que c'est un sujet qu'il peuvent aborder. Après sinon dans l'entretien, je glisse aussi que la sexualité fait partie de mon champ de compétence. L 9 à 15</i></p> <p><i>Tu le fais systématiquement ?</i> <i>R : Ha oui ! oui L 16 à 17</i></p> <p><i>et le fait d'avoir un outil, ça me permet d'avoir comme une espèce de protocole pour aborder la sexualité L 22 à 23</i></p>	<p><i>problème qu'elle a tu vois. L 23 à 26</i></p> <p><i>Après c'est vrai qu'au niveau des compétences je n'ai pas toujours été aussi à l'aise. Au début je tâtonnais, il me manquait plein d'info. Mais avec l'expérience et à force d'en parler et de se former toute seule, j'ai pris de plus en plus confiance en moi sur ce point. L 67 à 69</i></p> <p><i>Ha oui pour moi c'est normal d'en parler et de travailler dessus. Ça a toujours été le cas. Euu même étudiante je savais que je voulais l'aborder avec mes patients quand je serai diplômée. L 72 à 74</i></p> <p><i>Et là il s'en saisi et me dis que parfois il doit un peu</i></p>	<p><i>comprennent que tu es là pour les aider. L 62 à 65</i></p> <p><i>Du coup j'ai dû faire beaucoup de pédagogie avec lui et en même temps détourner les réponses pour ne pas parler de mes pratiques sexuelles perso (rire). Donc je répondais en disant : « tu sais en général ON fait comme-ci ou comme ça » (rire)</i></p> <p><i>E : Donc tu évites quand même de parler de tes pratiques personnelles ?</i> <i>R : Ha ben oui ça fait partie du cadre que j'instaure. Je suis là en tant que professionnelle pas pour partager tous les détails intimes de ma vie. La fameuse blouse blanche est là pour empêcher ça aussi (rire) L 96 à 102</i></p>	<p><i>A mon avis c'est la société qui veut ça tu vois. C'est sain euuu valorisant on va dire pour un homme d'avoir une sexualité active alors que pour les femmes ben comment dire ça ... on est plus facilement jugées tu vois On est prise pour des ... ben des salopes faut le dire ! (rire) L 36 à 39</i></p> <p><i>je dirai que les personnes plus âgées ont plus de mal à en parler. Genre les patients de plus de 70 ans tu vois soit ils sont veufs soit ils sont en couple ... mais dans tous les cas, euuu ils détournent vite la question en mode « non mais ça fait longtemps qu'il n'y a plus rien donc c'est pas un problème particulier ». Des fois je vois bien qu'il peut quand même y avoir un</i></p>		
---	--	--	---	--	--

		<p><i>forcer sa femme. Bon déjà faut pouvoir accueillir ça sans jugement. Il continue « Ouai ma femme veut jamais me faire de pipes, elle ressent pas de plaisir je comprends pas !!... Comment tu fais toi ? » (Rire). Je ne m'y attendais pas du tout ça m'a surprise et j'avoue que ça m'a fait rire sur le moment. En fait j'ai compris que mes représentations de la sexualité et les siennes étaient à des années-lumière. L 91 à 96</i></p>		<p><i>souci mais bon s'ils ne veulent pas l'aborder je ne vais pas les forcer non plus (rire). Après je me dis qu'ils ont eu une éducation différente de la nôtre et la sexualité pour eux c'est un peu tabou tu vois. L 47 à 53</i></p> <p><i>Parce que la sexualité c'est fondamental dans euuu dans nos vies tu vois. Donc comme je t'ai dit y'a pas de raison de mettre un tabou dessus alors qu'elle est là et qu'elle peut être la source d'une grande souffrance L 76 à 77</i></p> <p><i>C'est vrai que les célibataires me font rarement remonter des besoins sexuels. Après je pense que c'est encore plus tabou la masturbation que le</i></p>		
--	--	--	--	--	--	--

				<p><i>sexe en couple. C'est un peu vu comme une sexualité moins importante ou un peu la misère sexuelle tu vois le mec qui est seul et qui se branle dans son coin. L 112 à 115</i></p> <p><i>(concernant la masturbation) Ben pour moi c'est pas un problème. C'est tout à fait naturel et c'est même nécessaire pour certains pour abaisser la tension tu vois (rire). Euu donc non ! non ! pour moi c'est une sexualité comme une autre. D'ailleurs ben j'ai une anecdote à ce sujet quand je travaillais en neuro. Un patient qui se branlait dans sa chambre au moment où les infirmiers passaient ... sauf qu'il ne s'arrêtait pas pour autant ! (rire) L 118 à 122</i></p>		
E 3	<i>mais après euu après voilà dans mon cheminement si tu veux ce qui est à noter c'est que euuu pour ma part si tu veux je l'ai jamais vraiment abordée de</i>	<i>mais après euu après voilà dans mon cheminement si tu veux ce qui est à noter c'est que euuu pour ma part si tu veux je l'ai</i>	<i>Alors comment on l'avait abordé ? euu alors moi forcément je l'avais pris de façon très neutre évidemment L 22 à 23</i>	<i>Ce qui m'arrêtait aussi c'est quoi ? Alors c'est peut être la représentation que j'avais c'était que c'était aussi une dame si tu veux euu une</i>	<i>Euuu moi je restais dans ma position d'ergo et euu aborder ça c'était hors de mon cadre tu vois. A l'époque c'était être hors du cadre des objectifs que</i>	<i>Il faudrait que ce soit quelque chose quand même de voilà de mieux circonscrit de mieux cadré et plus thématique oui ça c'est clair ! L 164 à 165</i>

<p><i>façon naturelle et spontanée si ce n'est lors d'évaluation et de bilans. Voilà ça euuu il m'est arrivé de faire passer des MCRO. C'était au tout début où c'était traduit en français par l'équipe où je travaillais et du coup j'en arrivais à interroger la notion de comment se passe la sexualité par le biais de la MCRO tu vois. Dans tout l'aspect priorité et état de satisfaction L 14 à 19</i></p> <p><i>Donc voilà si tu veux la MCRO lui avait permis d'aborder ça avec moi. C'est une dame que j'avais en prise en soins depuis longtemps quand même. C'est une dame avec qui il y avait une relation de confiance. Mais si y'avait pas eu ma MCRO je pense que j'aurais jamais abordé ça avec elle (rire). L 43 à 46</i></p>	<p><i>jamais vraiment abordée de façon naturelle et spontanée si ce n'est lors d'évaluation et de bilans. Voilà ça euuu il m'est arrivé de faire passer des MCRO. C'était au tout début où c'était traduit en français par l'équipe où je travaillais et du coup j'en arrivais à interroger la notion de comment se passe la sexualité par le biais de la MCRO tu vois. Dans tout l'aspect priorité et état de satisfaction L 14 à 19</i></p> <p><i>Donc voilà si tu veux la MCRO lui avait permis d'aborder ça avec moi. C'est une dame que j'avais en prise en soins depuis longtemps quand même. C'est une dame avec qui il y avait une relation de</i></p>	<p><i>Voilà y'avait cet abord et y'avait un support sur lequel euu moi je pouvais travailler quoi (rire). Le support positionnel, le support de la douleur tu vois L 33 à 34</i></p> <p><i>Et du coup le fait d'en avoir parlé avec une psychologue m'avais permis de voilà de me repositionner, tu vois de travailler sur cette neutralité et puis ben avec elle on avait réfléchi ensemble à euuu ben à des positions tu vois. Quelle est la meilleure position pour elle ? je me rappelle que j'avais confectionné un petit coussin pour elle, un petit triangle en mousse à mettre sous le genou pour que sa jambe soit pas tendue L 39 à 43</i></p> <p><i>bon jte parle d'elle parce que c'était la première. Après y'en a</i></p>	<p><i>dame d'un certain âge pour moi à l'époque. L 57 à 59</i></p> <p><i>Peut-être que j'ai des représentations sur la sexualité des personnes âgées parce que d'emblée je me dis que ne sont pas concernés et qu'elles n'ont pas de sexualité. Mais d'un autre côté j'ai toujours se souvenir d'un patient assez âgé à peu près 70 ans si je me souviens bien et qui avait une sexualité très très active L 103 à 106</i></p> <p><i>Et puis est-ce que nous tu vois les garçons en tout cas de ma génération je vois on n'est pas ?... on parle pas facilement de sexualité en tout cas moins facilement que les gens de la nouvelle génération. Mais en tous les cas je sais que nous les mecs</i></p>	<p><i>je pouvais être amené à fixer avec elle. Tu vois je faisais pas forcément ce lien, même si j'ai eu des cours sur la sexualité. Ben bêtement je faisais pas le lien. L 61 à 64</i></p> <p><i>Du coup quelque part oui ça me gêne un peu. Je suis jamais vraiment très à l'aise il faut dire ce qui est. Maintenant c'est une patiente, je sais que c'est très important pour elle parce qu'elle est quand même très lourdement handicapé. Fauteuil roulant électrique, grosse hémiparésie enfin tu vois le tableau quoi. Et je sais du coup au fond de moi que si je ne lui réponds pas, si je botte en touche ben je passe à côté du soin quand même un peu. L 145 à 149</i></p>	<p><i>Donc c'est vrai tu vois je me rends compte qu'en en parlant avec toi je vais peut-être plus le systématiser (rire). L 197 à 198</i></p> <p><i>Mais tu vois la clé de ce truc-là enfin une des clés ça serait d'avoir réunion de restitution avec un psychologue tu vois.</i></p> <p><i>E : oui tout à fait</i></p> <p><i>R : Ça me permettrait d'être plus détendu enfin bon que je me détende quoi (rire). Et que la personne comprenne qu'il n'y a rien derrière tu vois? L 223 à 227</i></p> <p><i>: mettre un cadre un peu neutre tu vois. Et je pense que ça les patients le ressentent. C'est un peu comme le toucher. La distinction entre le toucher thérapeutique et le toucher qui est autre. Le but c'est un peu de créer du lien mais tout en</i></p>
--	--	---	--	--	---

<p><i>Euuu et puis peut être que euuuu peut être que euuuu pff je suis en train de me dire euu j'étais jeune mais en réalité, aujourd'hui c'est pas parce que j'ai plus de bouteille que je l'aborde plus facilement (rire) 65 à 67</i></p> <p><i>Euuu tu vois mine de rien c'est pas plus facile euu moi généralement j'attends que les patients viennent vers moi et à la limite m'en parlent euu je vais pas botter en touche en disant euu ce type de questions, vous en parlez plus à mes collègues euu je vais quand même essayer d'en parler parce que ben justement, j'ai déjà vécu ça tu vois ? L 69 à 72</i></p> <p><i>Euu voilà après comment je l'aborde euu c'est vrai que de façon naturelle dans une prise en soin, je le fait pas. J'en parle</i></p>	<p><i>confiance. Mais si y'avait pas eu ma MCRO je pense que j'aurai jamais abordé ça avec elle (rire). L 43 à 46</i></p> <p><i>Euuu et puis peut être que euuuu peut être que euuuu pff je suis en train de me dire euu j'étais jeune mais en réalité, aujourd'hui c'est pas parce que j'ai plus de bouteille que je l'aborde plus facilement (rire) 65 à 67</i></p> <p><i>Euuu tu vois mine de rien c'est pas plus facile euu moi généralement j'attends que les patients viennent vers moi et à la limite m'en parlent euu je vais pas botter en touche en disant euu ce type de questions, vous en parlez plus à mes collègues euu je</i></p>	<p><i>eu d'autre avec qui j'ai abordé ça L 60 à 61</i></p>	<p><i>de ma génération. Bon moi j'ai 44 ans tu vois je sais qu'on en parle entre potes mais on rentre pas trop dans les détails L 138 à 141</i></p> <p><i>Ben oui c'est vrai que on rentre quand même dans l'intimité profonde des gens. Mais d'un autre côté ça reste un plaisir comme un autre. C'est comme manger, boire, respirer, profiter du soleil. On pourrait simplement peut-être l'inclure dans une activité de loisirs... non pas de loisirs ! mais de plaisir et ouais après je sais pas trop comment on pourrait faire. Est-ce que ça dépend pas de notre propre sexualité ? ... Ben quand j'y réfléchi justement il faudrait pas que</i></p>	<p><i>Voilà et je crois que l'idée, enfin ça n'est que mon avis c'est que dès qu'on aborde la sexualité en tant qu'ergothérapeute on a l'impression de sortir de la thérapie tu vois et de mettre un peu sur la table notre propre vécu et notre propre histoire tu vois. L 150 à 153</i></p> <p><i>Et après moi personnellement quand les patients m'en parlent je suis content parce que je sais on a un rôle à jouer on a des outils à apporter et tu vois j'en suis même satisfait finalement. Et c'est vrai que si on nous en parle ça veut dire que la relation est bonne. Donc ça veut dire Donc ça veut dire on est sur la bonne voie. L 172 à 176</i></p>	<p><i>mettant de la neutralité tu vois? ? Alors du coup j'ai quand même l'impression d'aborder la sexualité plus que certains mais moins que d'autres et du coup c'est pas satisfaisant quoi parce que ça devrait être systématique en fait il faudrait que ça devienne une habitude. Qu'est-ce que tu en penses ?</i></p> <p><i>L 229 à 234</i></p>
---	---	--	---	--	--

<p><i>pas euuu pfff j'ai du mal à dire euu est ce c'est quand je pense que la personne va être open à ce niveau là ? Euu parce qu'en fait oui des fois ça m'arrive tu sais pour les patients qui ont eu une euuu des problèmes de dos, on parle des positions tu vois par exemple. Pour les personnes qui ont des PTH aussi on évoque les positions dangereuses et on en parle parfois. Mais comme on a une population assez âgée ben je vais pas y penser d'emblée c'est vrai. L 96 à 101</i></p> <p><i>c'est vrai que ça dépend peut-être aussi du moment de la prise en soin. S'il y a une relation de confiance qui s'établit. L 120 à 121</i></p>	<p><i>vais quand même essayer d'en parler parce que ben justement, j'ai déjà vécu ça tu vois ? L 69 à 72</i></p> <p><i>Euu voilà après comment je l'aborde euu c'est vrai que de façon naturelle dans une prise en soin, je le fait pas. J'en parle pas euuu pfff j'ai du mal à dire euu est ce c'est quand je pense que la personne va être open à ce niveau là ? Euu parce qu'en fait oui des fois ça m'arrive tu sais pour les patients qui ont eu une euuu des problèmes de dos, on parle des positions tu vois par exemple. Pour les personnes qui ont des PTH aussi on évoque les positions dangereuses et on en parle parfois. Mais comme on a une population assez âgée ben</i></p>		<p><i>ça dépend de notre propre sexualité (rire). L 157 à 162</i></p> <p><i>il se trouve aussi que là où je travaille bon tu es pas venu en stage mais on a une population qui est très ancrée dans la religion. Une population très musulmane pour le coup. Voilà on doit avoir 90 % des personnes de confession musulmane. Donc j'avoue que là encore pour ma part c'est encore plus difficile de rentrer dans ces considérations-là. Pourquoi ? Bah déjà on a affaire a beaucoup de femmes voilées qui ont déjà beaucoup de mal à juste aller dans notre piscine tu vois. Donc aborder la sexualité avec elle c'est vraiment difficile. Tu vois ? tu as une autre barrière. L 165 à 171</i></p>		
--	---	--	--	--	--

		<p><i>je vais pas y penser d'emblée c'est vrai. L 96 à 101</i></p> <p><i>c'est vrai que ça dépend peut-être aussi du moment de la prise en soin. S'il y a une relation de confiance qui s'établit. L 120 à 121</i></p>		<p><i>tu vois je pense que ça fait tellement partie de la vie que euuuu ouais parce que cette souffrance là c'est quand même un vécu qui peut causer des désordres psychologiques importants, des désordres relationnels importants et qui peuvent entacher tout simplement la qualité de vie quoi L 194 à 197</i></p> <p><i>Et on va peut-être simplement s'attacher à la personne qu'on a en face de nous : est-ce que c'est quelqu'un de plus âgé? quelqu'un qui représente tu sais une classe sociale particulière? est-ce qu'on a pas des images qui sont collés à certaines classes sociales ? est-ce qu'on a pas des images qui sont collés à</i></p>		
--	--	--	--	--	--	--

			<p><i>certaines religions? Alors que tu vois tout à l'heure je suis en train de me dire je t'ai dit qu'il y avait la barrière de la religion mais non en fait parce que en y réfléchissant j'ai quand même des patients et des patientes qui ont abordé d'eux même la sexualité même s'ils étaient musulman tu vois ? L 206 à 212</i></p> <p><i>C'est vrai que s'il y avait une jeune fille de 25 ans, j'aurais peut-être plus de mal à l'aborder personnellement parce que qu'est-ce que je pourrais me dire ? Ben que euuu voilà est-ce qu'elle pourrait pas se poser des questions? euuuu plutôt que une femme de mon âge qui va euu peut-être penser que comme on a le même âge ou une arme catégorie</i></p>		
--	--	--	---	--	--

				<p><i>sociale. Est-ce qu'il y a pas une une représentation qui nous freine ou qui nous pousse justement aborder la sexualité de manière plus libre ? euuuuu parce que au-delà du patiente il y en face de nous il y a également une personne on a peut-être du mal à ne pas juger malgré tout. Est-ce qu'on est pas dans le jugement de valeur dans les autoréférence ? C'est ça qu'il faut arriver à discuter. L 215 à 223</i></p>		
--	--	--	--	---	--	--

Annexe 8 : Analyses verticales

	1 ^{er} abord de la sexualité avec les patients	Niveau de confort concernant la sexualité des patients	Modalité d'intervention concernant la sexualité des patients	Représentations sexuelles	Sexualité et ergothérapie	Idées d'amélioration quant à l'intervention sur la sexualité des patients
E 1	<p>Déclarative :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parole libre sur la sexualité avec les patients sexuellement actifs. L 7 à 18 21-29 31-33 - Mais l'abord n'est pas systématique. - A besoin d'établir une relation de confiance 34-38 	<p>Déclarative :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parle facilement de sexualité mais de manière générale L 122-123 - Sexualité = AVQ /composante de la santé comme une autre L 130-132 - Tolère sexualité à l'hôpital dans respect du cadre (nuance avec humour)L 86-90 <p>Réflexion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - difficultés à l'aborder à ses débuts (gène) L 162 - Appréhension concernant intimité des patients => peur de choquer, détériorer la relation. L 177-181 - Concède que les patients ne sont pas choqués par l'abord de la sexualité. L L 183-185 - n'a pas de tabou mais reconnaît que la sexualité = domaine particulier.L 192 	<p>Explicative :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parle d'adaptations techniques et de positionnement L 67- 70 L 103-108 - Utilise l'humour ou un ton neutre pour parler de sexualité. N'utilise pas de protocoles particuliers L 101 - 110 - Inclue le conjoint dans la prise en soins L 136-140 	<p>Réflexion :</p> <p>Script sexuels culturel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nouveau paradigme sociologique L171 - Tabou sociétal Judéo chrétien L 193-195 - Difficultés des patients à parler de leurs problèmes sexuels L 113-116 <p>Script sexuel intrapsychique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sexualité = intimité profonde L 170 - La sexualité construit la personne et n'appartient qu'à elle. L 188-190 	<p>Déclarative :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sexualité et rééducation ne doivent pas être dissociées L95-98 - ergothérapeute légitime pour traiter les problèmes de sexualité L 162-164 	<p>Groupe de travail interdisciplinaire pour intégrer la sexualité dans la pratique de l'institution L 44-46 L 48-52</p>
E 2	<p>Déclarative :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aborde la sexualité systématiquement L16-17(information générale) lors des entretiens et utilise un 	<p>Réflexion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peur de choquer les patients. Préfère choquer que passer à côté d'un problème.L23-26 	<p>Factuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cadre très clair : compétence, distance et une neutralité. L 62-65 	<p>Script sexuel culturel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nouveau paradigme sociologique + santé sexuelleL 17-20 L 76-77 - Personnes âgées : éducation différente, 	<p>Déclarative :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervention ergothérapique = holistique. Notion d'injustice 	<p>Possibilité de travailler avec les conjoints dans le futur. L 108-109</p>

	<p>outil d'évaluation L 9-15 L 22-23</p>	<p>Factuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de confort à ses débuts (lacunes de connaissances) L 67-69 - aucun problème pour parler de sexualité L 72-74 <p>Souvenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Surprise par un patient avec représentations sexuelles différentes des siennes. L 91-96 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne parle pas de sa sexualité. Sépare identité personnelle et professionnelle. L96-102 	<p>plus de tabous, pas de pratique L 47-53</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masturbation = misère sexuelle. L 112-115 - Sexualité des femmes est mal vue / celle des hommes est valorisée. L 36-39 <p>Script sexuel intrapsychique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masturbation = sexualité légitime. L 118-122 	<p>occupationnelle L 77-81</p>	
E 3	<p>Déclaratif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - N'aborde pas la sexualité spontanément. L14-19 - Le fait indirectement par la MCRO. L 14-19 - Le fait pour patient PTH et lombalgique L 96-101 - Attend que les patients lui en parlent L 69-72 <p>Réflexion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - A besoin d'une relation de confiance. L120-121 - Malgré l'expérience, n'aborde toujours pas la sexualité spontanément L 65-67 	<p>Réflexion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gène pour parler de sexualité avec une femme plus âgée. L 35-36 L 48-50 - Emet l'hypothèse d'un manque d'expérience dans l'élaboration d'un cadre thérapeutique à ses débuts L 74-76 - Même avec une relation de confiance, il ressent de la gêne L 137-138 <p>Souvenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gène avec patient qui s'exprimait librement sur sa sexualité. Mais expérience enrichissante (aspect technique) L92-95 L113-116 	<p>Déclaratif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neutralité de l'intervention L 22-23 - Parle d'intervention technique L 33-34 <p>Souvenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - A fait appel à la psychologue de la structure pour travailler la neutralité de sa position. L39-43 	<p>Réflexion :</p> <p>Script sexuels (culturel) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les séniors n'ont pas de sexualité. L57-59 L103-106 - La sexualité est difficile à aborder avec les femmes musulmanes. L165-171 <p>Scripts sexuels interpersonnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La sexualité ne doit pas s'exposer de façon trop explicite. L 138-141 - Aborder la sexualité peut s'apparenter à des avances. L215-223 	<p>Réflexion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La sexualité, ne fait pas partie de son champ d'intervention. L 61-64 - La sexualité nuis à la neutralité du soin L 150 à 153 - Ne pas répondre aux attentes des patients = passer à côté du soin. L145-149 - Les patients qui abordent la sexualité = bonne relation de soin. L172-176 	<p>Réflexion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cadrer l'intervention sur la sexualité. L 164-165 - Aborder la sexualité spontanément. L 197-198 - Analyser sa pratique avec un psychologue. L 223-227 - S'interroger sur la place de ses propres pratiques sexuelles dans son intervention. L - Réflexion sur l'impact de ses propres représentations sur sa pratique ergothérapie

				<p>Scripts</p> <p>sexuels intrapsychiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la sexualité = intimité, plaisir. L 157-162 - La sexualité impacte grandement la qualité de vie. L 194-197 		<ul style="list-style-type: none"> - Travailler la neutralité du cadre thérapeutique L229-234
--	--	--	--	---	--	--

Similitudes dans le discours
Oppositions
Éléments originaux

		<p>Factuelle : se décrit comme quelqu'un d'ouvert sans tabou envers la sexualité</p> <p>Contradiction : elle a besoin d'une relation établie pour aborder la sexualité et ne le fait pas systématiquement</p>
Niveau de confort	<p><i>Oui voilà enfin c'est pas non plus le baisodrome quoi (rire) L 88</i></p> <p><i>Pardon ! c'est peu être un peu cru dit comme ça (rire) L 90</i></p> <p><i>Après dans tous les cas je pense que c'est pas un sujet qui me rebute de prime abord. J'ai pas de problème à parler de sexualité de manière générale L 122 à 123</i></p> <p><i>Bah je sais pas je suis plutôt ouverte d'esprit après je dis pas que mes collègues le sont pas mais j'ai pas de difficulté à parler de ce sujet en fait pour moi c'est une composante à part entière de la santé ça fait partie des activités de la vie humaine donc voilà y'a pas de raison d'avoir honte L 130 à 132</i></p> <p><i>Et ouais mais c'est vrai que c'est pas évident. Même pour moi les premières fois j'avais du mal L 148</i></p> <p><i>quand tu commences, quand tu commences ben tu en parles plus difficilement aussi quoi au début tu marches un peu sur des œufs. Tu te dit, comment je vais aborder la chose ? L 151 à 153</i></p> <p><i>Genre pendant 2 ou 3 séances je me disais : « est-ce que j'en parle est-ce que j'en parle pas ? » L 158 à 159</i></p> <p><i>Enfin au début on est peut-être pas forcément très à l'aise L 162</i></p> <p><i>Bah voilà quoi, je pense que c'est assez clair c'est l'intimité des gens et du coup c'est pas forcément évident d'y entrer de plain-pied il faut être un petit peu pédagogue faire preuve de finesse pour ne pas</i></p>	<p>Spontanée : utilise l'humour, la vulgarité, nuance son propos : on peut faire l'amour en institution mais en respectant des règles. S'excuse de sa spontanéité</p> <p>Raisonnement : précise qu'elle parle facilement de sexualité mais de manière générale</p> <p>Raisonnement : se pense ouverte d'esprit, dit ne pas avoir de problème à parler de la sexualité car c'est une AVQ et une composante de la santé comme une autre</p> <p>Raisonnement : reconnaît des difficultés à l'aborder à ses débuts</p> <p>Souvenir : sentiment de gêne à ses débuts</p>

	<p><i>choquer les gens. En fait c'est ça ! c'est pas le fait d'avoir du mal à parler de sexualité. C'est d'avoir peur que les gens se referment et de casser la relation qu'on est en train de mettre en place avec eux. L 177 à 181</i></p> <p><i>c'est vrai que maintenant que tu me le dis et que j'y réfléchis ... euh ouai ce que je viens de te dire c'est pas forcément justifié en pratique. Peut être qu'en effet c'est juste l'intimité de l'autre qui fait peur. L 183 à 185</i></p> <p><i>Alors certes je suis open pour en parler mais bon ça reste un sujet particulier L 192</i></p>	<p>Souvenir : hésitation à ses débuts</p> <p>Raisonnement : remet en question son niveau de confort à ses débuts</p> <p>Raisonnement : difficulté à entrer dans l'intimité justifiée par la peur de choquer le patient au détriment de la relation de soins.</p> <p>Raisonnement : reconnaît que les patients ne sont pas choqués. L'intimité est peut être difficile pour elle.</p> <p>Conclusion : malgré le confort qu'elle affiche, elle reconnaît que la sexualité reste un domaine particulier.</p>
<p>Modalité d'intervention</p>	<p><i>Parce qu'il faut aussi apprendre à vivre avec à trouver des petites adaptations différentes manières de faire des aides techniques revoir le positionnement m'aimes ne serait-ce que : comment je me déshabille comment je mets un préservatif ? toutes ces problématiques qui se posent et sur lesquelles j'avais trouvé que c'était intéressant de travailler surtout avec notre population. L 67 à 70</i></p> <p><i>il y a des rencontres qui se font et même pas forcément entre patients mais il peut y avoir les conjoints qui viennent rendre visite. Dans ce cas on prévient qu'il ne faut pas déranger de telles heures à telle heure. L 84 à 86</i></p>	<p>Factuelle : parle d'adaptations techniques et de positionnement</p>

	<p><i>Alors après c'est variable en fonction des personnes forcément on va peut-être se permettre d'utiliser l'humour avec certaines personnes avec d'autres elle sera peut-être pas réceptive à l'humour donc on va toujours faire au cas par cas. Après on a pas de protocole prédéfinis. Les problématiques en général ça va être concernant les positions le confort pendant l'acte les aides techniques par exemple pour assurer l'érection la lubrification. Ça peut ... Ça peut être aussi juste le fait de prévoir c'est-à-dire que là on leur donne surtout de l'information. C'est-à-dire avoir par exemple quelque chose qui n'a pas pour but forcément directement de procréation ou de Pénétration mais voilà ça peut être juste parler de contraception ou même d'hygiène avant et après l'acte voilà comment faire comment faire pour se déshabiller pour favoriser le rapport sexuel en fait ou l'acte sexuel puisque ça peut être aussi en solitaire. L 101 à 110</i></p> <p><i>Par contre chose qu'on a pas forcément abordé tout à l'heure c'est justement de discuter avec son patient mais aussi éventuellement avec son ou sa partenaire. Nous par exemple on peut tester des choses. Bon les personnes restent habillées bien sûr (rire) mais si tu veux on a un appartement thérapeutique avec un lit double et du coup on peut aussi tester différentes configurations. L 136 à 140</i></p>	<p>Reconnait la sexualité en institution et la respecte</p> <p>Explicative : utilise l'humour ou un ton neutre pour parler de sexualité. N'utilise pas de protocoles particuliers.</p> <p>Factuelle : parle d'adaptations techniques et de positionnement</p> <p>Explicative : Parle encore de positionnement mais montre que sa prise en soins et bien holistique car elle inclue le conjoint.</p>
Représentations sexuelles	<p><i>La sexualité ça fait partie de la vie c'est important et pour le physique et pour le mental L71</i></p> <p><i>ça reste quand même je pense un sujet tabou pour les personnes. Il faut aussi qu'ils osent dire qu'il y a un souci dans leur sexualité. C'est pas quelque chose d'évident. Donc voilà et puis je pense aussi qu'ils</i></p>	<p>Script sexuels (culturel) : script en accord avec le nouveau paradigme sociologique et la promotion de la santé sexuelle</p> <p>Script sexuel interpersonnel : les gens ont du mal à parler de leurs problèmes sexuels</p>

	<p><i>ont du mal à s'imaginer qu'un rééducateur puisse leur amener des solutions par rapport à ça. L 113 à 116</i></p> <p><i>Ben c'est quand même un sujet où tu rentres dans une sphère très intime tu vois ? L 170</i></p> <p><i>Ouai mais euu la sexualité c'est quand même différent tu vois, ça nous définit en tant que personne. C'est quelque chose de plus délicat à aborder. Même si je le fait... Mais c'est vrai que la sexualité c'est quelque chose de tellement personnel tu vois ce que je veux dire ? L 188 à 190</i></p> <p><i>c'est difficile à dire mais c'est tellement important... mais en même temps euuu je pense que c'est la société qui met beaucoup de tabou dessus. Tu comprends ? genre faut pas en parler faut pas la montrer alors que d'un autre côté on la vois partout euuu c'est assez paradoxal d'ailleurs (rire) L 193 à 195</i></p>	<p>Script sexuel (intrapyschique) : la sexualité est très intime</p> <p>Script sexuel (intrapyschique) : la sexualité construit la personne et n'appartient qu'à elle.</p> <p>Script sexuel (culturel) : tabou sociétal – plutôt judéo chrétien (ne pas en parler ne pas la montrer)</p>
Sexualité et ergothérapie	<p><i>Et ben oui enfin ça fait aussi partie de la rééducation. Si tu n'expérimentes pas tu ne peux pas savoir finalement. C'est important que la sexualité elle soit explorée, c'est important voilà ! de même si t'as pas les techniques, ne serait-ce que des informations... donc non c'est tout à fait normal c'est même utile pour moi ! L 95 à 98</i></p> <p><i>on se sent pas forcément légitime d'en parler et en fait bah non on est tout à fait légitime pour en parler. Si moi en tant qu'ergothérapeute j'en parle pas, à part le sexologue qui va en parler ? L 162 à 164</i></p>	<p>Sexualité et rééducation ne doivent pas être dissociées</p> <p>L'ergothérapeute a la légitimité pour traiter les problème de sexualité</p>
Idées d'amélioration	<p><i>On est en train de travailler justement l'abord de la sexualité avec les patients on est en collaboration avec un infirmier spécialisé en urologie et un médecin sexologue on essaye de mettre en place une dynamique de travail interprofessionnel L 44 à 46</i></p>	<p>Groupe de travail interdisciplinaire pour intégrer la sexualité dans la pratique de l'institution</p>

	<p><i>Je pense que justement il faut qu'on ouvre davantage cette porte de la sexualité car il y a énormément de choses à faire énormément de personnes qui sont frustrées et qui ne savent pas vers qui se tourner pour ce genre de problème alors que potentiellement on pourrait leur apporter pas mal de réponses ou leur apporter des choses qui pourraient les aider dans leurs pratiques sexuelles mais donc pour le moment je pense que on a encore du travail à faire dans ce domaine-là. L 48 à 52</i></p>	
--	---	--

Profil attendu : Libéral libéré mais pas trop	Profil du répondant : Libérale presque libérée
<p>Vision de la sexualité : A première vue la même que celle du libéral libéré</p> <p>Les tabous sont cependant présents : le répondant éprouve de la gêne pour parler des pratiques sexuelles. Il utilise des métaphores et fait des plaisanteries afin de masquer son manque d'assurance. Il ne parle pas clairement et sans détour de sexe.</p> <p>Scripts sexuels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La sexualité est importante et source de plaisir mais elle ne doit pas être affichée. - La sexualité n'est pas malsaine mais source de pudeur 	<p>Vision de la sexualité : Selon le paradigme moderne de la sexualité. Elle est indispensable à la construction de l'individu et à une vie épanouie.</p> <p>Les tabous ne sont pas présents Mais le répondant à peur de choquer ses patients et a eu besoin de pratique pour être plus à l'aise.</p> <p>Scripts sexuels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La sexualité est importante et source de plaisir mais elle ne doit pas être affichée. (« Baisodrome ») - La sexualité n'est pas malsaine mais source de pudeur - La sexualité relève de l'ordre de l'intimité absolue

<ul style="list-style-type: none">- La sexualité relève de l'ordre de l'intimité absolue <p>Scripts professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none">- L'ergothérapeute doit prendre en soins les patients de manière holistique (sexualité comprise) <p>MAIS</p> <ul style="list-style-type: none">- La personne ne se sent pas assez formée et ne pense pas avoir les compétences pour agir- LA personne ne se sent pas à l'aise pour aborder la sexualité des patients	<p>Scripts professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none">- L'ergothérapeute doit prendre en soins les patients de manière holistique (sexualité comprise)- Son rôle est aussi d'améliorer sa pratique.
---	--

Annexe 10 : Analyse horizontale entretien 2

Thèmes	Extrait	Analyse
1 ^{er} abord de la sexualité	<p><i>Donc comment je l'appréhende ? ben euuu très simplement en fait. J'utilise un outil qui explore les différents aspects de la vie des personnes et où ils peuvent évaluer leur niveau de satisfaction. Ça s'inspire de la MHAVIE mais je l'ai modifié à ma sauce (rire). Du coup si tu veux, à la fin il y a une partie vie relationnelle et intime je crois que c'est écrit comme ça, et euuu dedans il y a la sexualité. Donc ça me permet de leur faire savoir que c'est un sujet qu'il peuvent aborder. Après sinon dans l'entretien, je glisse aussi que la sexualité fait partie de mon champ de compétence. L 9 à 15</i></p> <p><i>Tu le fais systématiquement ?</i></p> <p><i>R : Ha oui ! oui L 16 à 17</i></p> <p><i>et le fait d'avoir un outil, ça me permet d'avoir comme une espèce de protocole pour aborder la sexualité L 22 à 23</i></p>	<p>Factuelle : Utilise un outil d'évaluation et en parle de manière générale dans l'entretien afin d'informer le patient sur la possibilité d'aborder le sujet.</p> <p>Affirmative : Aborde la sexualité systématiquement</p> <p>Factuelle : Utilise un outils afin d'avoir un cadre d'intervention.</p>
Niveau de confort	<p><i>Euuu parce que c'est vrai qu'on peut se demander comment en parler sans choquer la personne quoi. Peut-être qu'elle va se fermer ou se sentir mal à l'aise. C'est la seule chose qui me gêne en guillemets. Mais je préfère gêner un peu la personne plutôt qu'elle n'aborde pas un problème qu'elle a tu vois.L 23 à 26</i></p>	<p>Réflexion : a peur de choquer les patients. Mais préfère choquer que passer à côté d'un problème.</p>

	<p><i>Après c'est vrai qu'au niveau des compétences je n'ai pas toujours été aussi à l'aise. Au début je tâtonnais, il me manquait plein d'info. Mais avec l'expérience et à force d'en parler et de se former toute seule, j'ai pris de plus en plus confiance en moi sur ce point. L 67 à 69</i></p> <p><i>Ha oui pour moi c'est normal d'en parler et de travailler dessus. Ça a toujours été le cas. Euu même étudiante je savais que je voulais l'aborder avec mes patients quand je serai diplômée. L 72 à 74</i></p> <p><i>Et là il s'en saisi et me dis que parfois il doit un peu forcer sa femme. Bon déjà faut pouvoir accueillir ça sans jugement. Il continue « Ouai ma femme veut jamais me faire de pipes, elle ressent pas de plaisir je comprends pas !!... Comment tu fais toi ? » (Rire). Je ne m'y attendais pas du tout ça m'a surprise et j'avoue que ça m'a fait rire sur le moment. En fait j'ai compris que mes représentations de la sexualité et les siennes étaient à des années-lumière. L 91 à 96</i></p>	<p>Factuelle : reconnais un manque de confort lié à des lacunes de connaissances qu'elle a comblé seule.</p> <p>Factuelle : aucun problème pour parler de sexualité</p> <p>Souvenir : A du prendre sur elle face à un patient dont les représentations sexuelles sont différentes des siennes.</p>
Modalité d'intervention	<p><i>Ben je pose un cadre précis dès le début je leur dis que je suis une professionnelle et que je suis compétente pour les aider aussi sur ce point. Euuu mais j'avoue que je me sers de ma blouse blanche comme d'une armure aussi (rire). Tu vois ça maintient une certaine distance du coup les gens te respectent et comprennent que tu es là pour les aider. L 62 à 65</i></p> <p><i>Du coup j'ai dû faire beaucoup de pédagogie avec lui et en même temps détourner les réponses pour ne pas parler de mes pratiques sexuelles perso (rire). Donc je répondais en disant : « tu sais en général ON fait comme-ci ou comme ça » (rire)</i></p> <p><i>E : Donc tu évites quand même de parler de tes pratiques personnelles ?</i></p>	<p>Factuelle : Pose un cadre très clair. Montre qu'elle est compétente pour parler de sexualité mais impose une certaine distance et une neutralité.</p> <p>Affirmative : ne parle pas de sa vie sexuelle personnelle. Sépare son identité personnelle et professionnelle.</p>

	<p><i>R : Ha ben oui ça fait partie du cadre que j'instaure. Je suis là en tant que professionnelle pas pour partager tous les détails intimes de ma vie. La fameuse blouse blanche est là pour empêcher ça aussi (rire) L 96 à 102</i></p>	
<p>Représentations sexuelles</p>	<p><i>parce que pour moi c'est une AVQ comme une autre donc y'a pas de raison que les personnes restent en galère parce qu'on leur en a pas parlé. Après c'est à elles de s'en saisir. Mais clairement pour moi, la sexualité c'est super important, autant que se laver ou manger tu vois ? L 17 à 20</i></p> <p><i>A mon avis c'est la société qui veut ça tu vois. C'est sain euuu valorisant on va dire pour un homme d'avoir une sexualité active alors que pour les femmes ben comment dire ça ... on est plus facilement jugées tu vois On est prise pour des ... ben des salopes faut le dire ! (rire) L 36 à 39</i></p> <p><i>je dirai que les personnes plus âgées ont plus de mal à en parler. Genre les patients de plus de 70 ans tu vois soit ils sont veufs soit ils sont en couple ... mais dans tous les cas, euuu ils détournent vite la question en mode « non mais ça fait longtemps qu'il n'y a plus rien donc c'est pas un problème particulier ». Des fois je vois bien qu'il peut quand même y avoir un souci mais bon s'ils ne veulent pas l'aborder je ne vais pas les forcer non plus (rire). Après je me dis qu'ils ont eu une éducation différente de la nôtre et la sexualité pour eux c'est un peu tabou tu vois. L 47 à 53</i></p> <p><i>Parce que la sexualité c'est fondamental dans euuu dans nos vies tu vois. Donc comme je t'ai dit y'a pas de raison de mettre un tabou dessus alors qu'elle est là et qu'elle peut être la source d'une grande souffrance L 76 à 77</i></p>	<p>Script sexuel culturel : nouveau paradigme sociétal, la sexualité fait partie de la santé et des AVQ</p> <p>Script sexuel intrapsychique : Généralise une représentation personnelle : la sexualité des femmes est mal vue alors que celle des hommes et valorisée.</p> <p>Script sexuel culturel : les personnes âgées ont eu une éducation différente, ont plus de tabou sur la sexualité et la pratique peu.</p> <p>Script sexuel culturel : nouveau paradigme sociétal, la sexualité fait partie de la santé</p>

	<p><i>C'est vrai que les célibataires me font rarement remonter des besoins sexuels. Après je pense que c'est encore plus tabou la masturbation que le sexe en couple. C'est un peu vu comme une sexualité moins importante ou un peu la misère sexuelle tu vois le mec qui est seul et qui se branle dans son coin. L 112 à 115</i></p> <p><i>(concernant la masturbation) Ben pour moi c'est pas un problème. C'est tout à fait naturel et c'est même nécessaire pour certains pour abaisser la tension tu vois (rire). Euu donc non ! non ! pour moi c'est une sexualité comme une autre. D'ailleurs ben j'ai une anecdote à ce sujet quand je travaillais en neuro. Un patient qui se branlait dans sa chambre au moment où les infirmiers passaient ... sauf qu'il ne s'arrêtait pas pour autant ! (rire) L 118 à 122</i></p>	<p>Script culturel : la masturbation est mal vue et représente la misère sexuelle.</p> <p>Script sexuel intrapsychique : considère la masturbation comme une sexualité légitime. Cependant, utilise beaucoup l'humour pour en parler (défence ?)</p>
Sexualité et ergothérapie	<p><i>Et puis mon métier je le perçois d'une certaine façon. On est là pour aider les gens dans tous les champs de leur vie. Et partout où ya un problème, on doit être capable de proposer des choses. Si on sélectionne uniquement les Avq qui nous plaisent benn c'est super injuste pour le patient je trouve. L 77 à 81</i></p>	<p>Revendicative : l'intervention ergothérapique doit être holistique. Rien ne doit être négligé. Notion d'injustice occupationnelle</p>
Idées d'amélioration	<p><i>hummm pas tellement en fait c'est vrai que je travaille beaucoup avec les patients mais pas trop avec les conjoints. Maintenant que tu le dis il faudrait peut-être que je m'y mette ouai (rire) L 108 à 109</i></p>	<p>Possibilité de travailler avec les conjoints dans le futur.</p>

Profil attendu : Libérale libéré

Profil du répondant : Libérale libérée

<p>Vision de la sexualité : Selon le paradigme moderne de la sexualité. Elle est indispensable à la construction de l'individu et à une vie épanouie.</p> <p>Très peu de tabou = la sexualité est une activité comme une autre et doit être abordée. Le libéral libéré parle de toutes les pratiques sexuelles sans gêne et de manière directe.</p> <p>Scripts sexuels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La sexualité est un besoin vital source de plaisir et ne doit pas être censurée - Chacun doit pouvoir vivre sa sexualité comme il l'entend <p>Script professionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ergothérapeute doit absolument prendre en compte la sexualité des patients au même titre que les autres AVQ 	<p>Idem Mais avec quelques nuances :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crainte de choquer les patients - A été déstabilisée par des représentations sexuelles différentes des siennes
--	--

Annexe 11 : Analyse horizontale entretien 3

Thèmes	Extraits	Analyse
--------	----------	---------

<p>1^{er} abord de la sexualité</p>	<p><i>mais après eeu après voilà dans mon cheminement si tu veux ce qui est à noter c'est que euuu pour ma part si tu veux je l'ai jamais vraiment abordée de façon naturelle et spontanée si ce n'est lors d'évaluation et de bilans. Voilà ça euuu il m'est arrivé de faire passer des MCRO. C'était au tout début où c'était traduit en français par l'équipe où je travaillais et du coup j'en arrivais à interroger la notion de comment se passe la sexualité par le biais de la MCRO tu vois. Dans tout l'aspect priorité et état de satisfaction L 14 à 19</i></p> <p><i>Donc voilà si tu veux la MCRO lui avait permis d'aborder ça avec moi. C'est une dame que j'avais en prise en soins depuis longtemps quand même. C'est une dame avec qui il y avait une relation de confiance. Mais si y'avait pas eu ma MCRO je pense que j'aurai jamais abordé ça avec elle (rire). L 43 à 46</i></p> <p><i>Euuu et puis peut être que euuuu peut être que euuuu pff je suis en train de me dire euu j'étais jeune mais en réalité, aujourd'hui c'est pas parce que j'ai plus de bouteille que je l'aborde plus facilement (rire) 65 à 67</i></p> <p><i>Euuu tu vois mine de rien c'est pas plus facile euu moi généralement j'attends que les patients viennent vers moi et à la limite m'en parlent euu je vais pas botter en touche en disant euu ce type de questions, vous en parlez plus à mes collègues euu je vais quand même essayer d'en parler parce que ben justement, j'ai déjà vécu ça tu vois ? L 69 à 72</i></p> <p><i>Euu voilà après comment je l'aborde euu c'est vrai que de façon naturelle dans une prise en soin, je le fait pas. J'en parle pas euuu pfff j'ai du mal à dire euu est ce c'est quand je pense que la personne va être open à ce niveau là ? Euu parce qu'en fait oui des fois ça m'arrive tu sais pour les patients qui ont eu une euuu des problèmes de dos,</i></p>	<p>Factuel : reconnaît ne pas interroger la sexualité spontanément. Il l'a fait indirectement par la MCRO</p> <p>Factuel : reconnaît que sans la MCRO il n'aurait pas abordé le sujet</p> <p>Réflexion : Parle de ses expériences passées mais fait le lien avec sa pratique actuelle : n'aborde toujours pas la sexualité.</p> <p>Factuel : Attends que les patients abordent leur sexualité. Répond à leurs demandes malgré un sentiment de gêne.</p> <p>Réflexion : amorce une réflexion sur sa pratique et modère ses propos précédents : il aborde la sexualité de manière générale avec les patients ayant des problèmes de dos ou des PTH.</p>
---	--	---

	<p><i>on parle des positions tu vois par exemple. Pour les personnes qui ont des PTH aussi on évoque les positions dangereuses et on en parle parfois. Mais comme on a une population assez âgée ben je vais pas y penser d'emblée c'est vrai. L 96 à 101</i></p> <p><i>c'est vrai que ça dépend peut-être aussi du moment de la prise en soin. S'il y a une relation de confiance qui s'établit. L 120 à 121</i></p>	<p>Réflexion : une relation de confiance est peut-être nécessaire.</p>
Niveau de confort	<p><i>c'était quelque chose que euu j'avais du mal a euuu j'avais peut être un peu du mal à en parler, c'était une dame qui avait plus de 50 ans tu vois L 35 à 36</i></p> <p><i>Je serai jamais euu tomb... euu non pas tombé euu au contraire puisque j'ai pu l'aider grâce à ça mais de moi-même au fil de la discussion, j'aurai pas eu j'aurai pas osé tu vois eu c'est surtout là-dessus que ça se pose quoi.... L 48 à 50</i></p> <p><i>pas mal de gêne euuu parce peut être que j'étais pas encore assez clair avec les limites de ma profession, peut être que euuu j'arrivais pas suffisamment à placer le cadre tu vois L 74 à 76</i></p> <p><i>(A propos d'un jeune patient tétraplégique qui lui a parlé sans détour de sa sexualité) euu non j'étais un peu gêné au début mais après lui étant très libre, très zen, très euu ouai cette liberté là ça m'avait touché et ouai je m'étais dit en fait c'est lui qui m'a appris des choses quoi (rire). Des choses qui m'ont servi par la suite lorsque j'ai dû euu comment dire re rentrer dans cette euuu dans cette ligne avec d'autre patients donc c'était chouette ! L 92 à 95</i></p>	<p>Manifeste de la gêne à l'idée de parler de sexualité avec une femme plus âgée.</p> <p>Réflexion : avoue qu'il n'aurait pas osé abordé la sexualité d'une patiente plus âgée. Lapsus utilisation du verbe « tomber » .</p> <p>Réflexion : parle de sa gêne et émet l'hypothèse d'un manque d'expérience dans l'élaboration d'un cadre thérapeutique.</p> <p>Témoignage : parle d'une gêne avec un patient qui s'exprimait librement sur sa sexualité. La gêne s'est transformée. Le répondant s'est enrichi de cette expérience.</p>

	<p><i>: Et du coup il m'avait parlé de sa sexualité et c'était vachement intéressant parce que là aussi on avait pu parler des positions Et c'est vrai qu'à chaque fois tu vois c'est le patient qui démarre alors je sais pas pourquoi est-ce qu'il nous manque quelque chose ? qu'est-ce qui peut nous manquer ? franchement j'en sais rien Est-ce que c'est l'état du soin en France ? est-ce que c'est... L 113 à 116</i></p> <p><i>C'est vrai que ça me gêne un peu parce que quelque part je la connais presque comme une copine tu vois. L 137 à 138</i></p>	<p>A trouvé de l'intérêt à échanger sur la sexualité avec son patient. Parle notamment de l'aspect technique. Se questionne sur le fait de ne pas arriver à aborder le sujet lui-même.</p> <p>Témoignage : contredit son hypothèse précédente. Même avec une relation de confiance, il ressent de la gêne.</p>
Modalité d'intervention	<p><i>Alors comment on l'avait abordé ? euu alors moi forcément je l'avais pris de façon très neutre évidemment L 22 à 23</i></p> <p><i>Voilà y'avait cet abord et y'avait un support sur lequel euu moi je pouvais travailler quoi (rire). Le support positionnel, le support de la douleur tu vois L 33 à 34</i></p> <p><i>Et du coup le fait d'en avoir parlé avec une psychologue m'avais permis de voilà de me repositionner, tu vois de travailler sur cette neutralité et puis ben avec elle on avait réfléchi ensemble à euuu ben à des positions tu vois. Quelle est la meilleure position pour elle ? je me rappelle que j'avais confectionné un petit coussin pour elle, un petit triangle en mousse à mettre sous le genou pour que sa jambe soit pas tendue L 39 à 43</i></p> <p><i>bon jte parle d'elle parce que c'était la première. Après y'en a eu d'autre avec qui j'ai abordé ça L 60 à 61</i></p>	<p>Affirmatif : Neutralité de l'intervention</p> <p>Explicatif : parle d'intervention technique</p> <p>Témoignage : a fait appel à la psychologue de la structure pour travailler la neutralité de sa position. Puis parle de manière factuelle de son intervention en termes techniques.</p> <p>Montre qu'il a une expérience dans l'intervention sur la sexualité</p>

<p>Représentations sexuelles</p>	<p><i>Ce qui m'arrêtait aussi c'est quoi ? Alors c'est peut être la représentation que j'avais c'était que c'était aussi une dame si tu veux euu une dame d'un certain âge pour moi à l'époque. L 57 à 59</i></p> <p><i>Peut-être que j'ai des représentations sur la sexualité des personnes âgées parce que d'embée je me dis que ne sont pas concernés et qu'elles n'ont pas de sexualité. Mais d'un autre côté j'ai toujours se souvenir d'un patient assez âgé à peu près 70 ans si je me souviens bien et qui avait une sexualité très très active L 103 à 106</i></p> <p><i>Et puis est-ce que nous tu vois les garçons en tout cas de ma génération je vois on n'est pas ?... on parle pas facilement de sexualité en tout cas moins facilement que les gens de la nouvelle génération. Mais en tous les cas je sais que nous les mecs de ma génération. Bon moi j'ai 44 ans tu vois je sais qu'on en parle entre potes mais on rentre pas trop dans les détails L 138 à 141</i></p> <p><i>Ben oui c'est vrai que on rentre quand même dans l'intimité profonde des gens. Mais d'un autre côté ça reste un plaisir comme un autre. C'est comme manger, boire, respirer, profiter du soleil. On pourrait simplement peut-être l'inclure dans une activité de loisirs... non pas de loisirs ! mais de plaisir et ouais après je sais pas trop comment on pourrait faire. Est-ce que ça dépend pas de notre propre sexualité ? ... Ben quand j'y réfléchi justement il faudrait pas que ça dépende de notre propre sexualité (rire). L 157 à 162</i></p>	<p>Script sexuels (culturel) : Les personnes plus âgées non pas de sexualité. Malgré des contre exemples parmi ses patients.</p> <p>Script sexuel interpersonnels : Les hommes de son âge ne sont pas censé parler de sexualité de manière trop explicite.</p> <p>Script sexuels (intrapsychique) : la sexualité représente l'intimité des gens. Elle reste un grand plaisir, elle est vitale.</p> <p>Ne sait pas trop comment la classer néanmoins.</p> <p>Réflexion : s'interroge sur la place de ses propres pratiques sexuelles dans son intervention.</p>
----------------------------------	---	--

	<p><i>il se trouve aussi que là où je travaille bon tu es pas venu en stage mais on a une population qui est très ancrée dans la religion. Une population très musulmane pour le coup. Voilà on doit avoir 90 % des personnes de confession musulmane. Donc j'avoue que là encore pour ma part c'est encore plus difficile de rentrer dans ces considérations-là. Pourquoi ? Bah déjà on a affaire à beaucoup de femmes voilées qui ont déjà beaucoup de mal à juste aller dans notre piscine tu vois. Donc aborder la sexualité avec elle c'est vraiment difficile. Tu vois ? tu as une autre barrière. L 165 à 171</i></p> <p><i>tu vois je pense que ça fait tellement partie de la vie que euuuu ouais parce que cette souffrance là c'est quand même un vécu qui peut causer des désordres psychologiques importants, des désordres relationnels importants et qui peuvent entacher tout simplement la qualité de vie quoi L 194 à 197</i></p> <p><i>Et on va peut-être simplement s'attacher à la personne qu'on a en face de nous : est-ce que c'est quelqu'un de plus âgé? quelqu'un qui représente tu sais une classe sociale particulière? est-ce qu'on a pas des images qui sont collés à certaines classes sociales ? est-ce qu'on a pas des images qui sont collés à certaines religions? Alors que tu vois tout à l'heure je suis en train de me dire je t'ai dit qu'il y avait la barrière de la religion mais non en fait parce que en y réfléchissant j'ai quand même des patients et des patientes qui ont abordé d'eux même la sexualité même s'ils étaient musulman tu vois ? L 206 à 212</i></p> <p><i>C'est vrai que s'il y avait une jeune fille de 25 ans, j'aurais peut-être plus de mal à l'aborder personnellement parce que qu'est-ce que je pourrais me dire ? Ben que euuu voilà est-ce qu'elle pourrait pas se poser des questions? euuuu plutôt que une femme de mon âge qui va euu peut-être penser que comme on a le même âge ou une</i></p>	<p>Script sexuel (culturel) : la sexualité est difficile à aborder avec les femmes musulmanes.</p> <p>Script sexuel Réflexion sur l'impacte de la sexualité sur la qualité de vie.</p> <p>Réflexion sur l'impact de ses propres représentations sur sa pratique ergothérapeutique.</p> <p>Remise en cause de sa déclaration précédente : des patients musulmans ont abordés spontanément la sexualité avec lui.</p> <p>Script interpersonnel : une jeune femme pourrait prendre son intervention sur la sexualité pour des avances.</p>
--	--	---

	<p><i>arme catégorie sociale. Est-ce qu'il y a pas une une représentation qui nous freine ou qui nous pousse justement aborder la sexualité de manière plus libre ? euuuuu parce que au-delà du patiente il y en face de nous il y a également une personne on a peut-être du mal à ne pas juger malgré tout. Est-ce qu'on est pas dans le jugement de valeur dans les autoréférence ? C'est ça qu'il faut arriver à discuter. L 215 à 223</i></p>	<p>Réflexion sur l'impact de ses propres représentations sur sa pratique ergothérapeutique.</p>
Sexualité et ergothérapie	<p><i>Euuu moi je restais dans ma position d'ergo et euu aborder ça c'était hors de mon cadre tu vois. A l'époque c'était être hors du cadre des objectifs que je pouvais être amené à fixer avec elle. Tu vois je faisais pas forcément ce lien, même si j'ai eu des cours sur la sexualité. Ben bêtement je faisais pas le lien. L 61 à 64</i></p> <p><i>Du coup quelque part oui ça me gêne un peu. Je suis jamais vraiment très à l'aise il faut dire ce qui est. Maintenant c'est une patiente, je sais que c'est très important pour elle parce qu'elle est quand même très lourdement handicapé. Fauteuil roulant électrique, grosse hémiparésie enfin tu vois le tableau quoi. Et je sais du coup au fond de moi que si je ne lui réponds pas, si je botte en touche ben je passe à côté du soin quand même un peu. L 145 à 149</i></p> <p><i>Voilà et je crois que l'idée, enfin ça n'est que mon avis c'est que dès qu'on aborde la sexualité en tant qu'ergothérapeute on a l'impression de sortir de la thérapie tu vois et de mettre un peu sur la table notre propre vécu et notre propre histoire tu vois. L 150 à 153</i></p> <p><i>Et après moi personnellement quand les patients m'en parlent je suis content parce que je sais on a un rôle à jouer on a des outils à apporter et tu vois j'en suis même satisfait finalement. Et c'est vrai que si on nous en parle ça veut dire que la relation est bonne. Donc ça veut dire Donc ça veut dire on est sur la bonne voie. L 172 à 176</i></p>	<p>Malgré un cours sur la sexualité, pour lui, elle ne fait pas partie de son champ d'intervention.</p> <p>Réflexion : n'est pas à l'aise mais reconnaît que ne pas répondre aux attentes des patients concernant la sexualité est contraire à sa vision du soin.</p> <p>Réflexion : a peur qu'aborder la sexualité nuise à la neutralité du soin.</p> <p>Paradoxalement, il apprécie que les patients abordent le sujet. Cela montre une bonne relation thérapeutique.</p>

Idées d'amélioration	<p><i>Il faudrait que ce soit quelque chose quand même de voilà de mieux circonscrit de mieux cadré et plus thématique oui ça c'est clair ! L 164 à 165</i></p> <p><i>Donc c'est vrai tu vois je me rends compte qu'en en parlant avec toi je vais peut-être plus le systématiser (rire). L 197 à 198</i></p> <p><i>Mais tu vois la clé de ce truc-là enfin une des clés ça serait d'avoir réunion de restitution avec un psychologue tu vois.</i></p> <p><i>E : oui tout à fait</i></p> <p><i>R : Ça me permettrait d'être plus détendu enfin bon que je me détende quoi (rire). Et que la personne comprenne qu'il n'y a rien derrière tu vois? L 223 à 227</i></p> <p><i>: mettre un cadre un peu neutre tu vois. Et je pense que ça les patients le ressentent. C'est un peu comme le toucher. La distinction entre le toucher thérapeutique et le toucher qui est autre. Le but c'est un peu de créer du lien mais tout en mettant de la neutralité tu vois? ? Alors du coup j'ai quand même l'impression d'aborder la sexualité plus que certains mais moins que d'autres et du coup c'est pas satisfaisant quoi parce que ça devrait être systématique en fait il faudrait que ça devienne une habitude. Qu'est-ce que tu en penses ?</i></p> <p><i>L 229 à 234</i></p>	<p>Revendicatif : manifeste un besoin de cadrer l'intervention sur la sexualité.</p> <p>Réflexion : peut être va-t-il plus aborder la sexualité spontanément.</p> <p>Réflexion : prendre de la distance sur ce sujet en analysant sa pratique avec un psychologue.</p> <p>Réflexion : travailler sur la neutralité du cadre d'intervention afin d'éviter une implication personnelle trop importante.</p>
----------------------	--	---

Profil attendu : « La grenouille de bénitier »	Profil du répondant : « une grenouille courageuse »
<p>Vision de la sexualité : c'est un besoin biologique (reproduction). Vision biomédicale : dysfonctionnement => traitement</p> <p>Tabou très présent : judéo chrétien (sexualité tolérée uniquement dans le mariage) ou freudien</p> <p>Script sexuel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sexualité = intimité stricte, ne doit pas apparaître en public - Besoin sexuel = malsain, pervers <p>Script professionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La sexualité n'a pas sa place à l'hôpital (sanctuaire d'hygiène et lieu de soins uniquement) donc : ⇒ L'ergothérapeute n'est pas concerné par la sexualité <p>La sexualité n'est ni une AVQ ni une occupation</p>	<p>Vision de la sexualité : Très importante dans la vie des individus</p> <p>Tabou présent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - N'aborde pas la sexualité spontanément - Sexe et religion - Ne souhaite pas que les patients pensent qu'il leur fait des avances (Inceste patient ?) <p>Scripts sexuels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sexualité = intimité stricte, ne doit pas apparaître en public - Difficile de parler de sexualité de manière neutre <p>Scripts professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La sexualité ne fait pas partie de son champ d'intervention - MAIS répond présent quand il est sollicité

Résumé

L'intervention ergothérapeutique se veut de plus en plus holistique. Ce point est notamment mis en avant durant la formation des ergothérapeutes. Cependant, il apparaît que la sexualité des patients est rarement interrogée, notamment dans les services de rééducation. Une recherche exploratoire a été menée afin de mieux comprendre les scripts sexuels et professionnels des ergothérapeutes et leurs interactions avec la prise en compte de la sexualité des patients. Des entretiens non directifs ont été menés auprès d'ergothérapeutes actuellement en activité en centre de rééducation en France. Les données ont ensuite été traitées selon une analyse thématique. Les résultats nous montrent que les ergothérapeutes présentent des scripts différents et qui leur sont propres. Les scripts sexuels et professionnels semblent être liés et définir en partie le niveau de confort face à la sexualité des patients. En conclusion, les représentations des ergothérapeutes paraissent influencer les modalités de prise en compte de la sexualité dans leur intervention.

Mots clefs: Ergothérapie, sexualité, handicap, scripts sexuels, scripts professionnels

Abstract :

Occupational therapy interventions are more and more holistics. This is particularly highlighted during occupational therapy education. However, patients' sexuality is rarely mentioned, especially in the rehabilitation centers. An exploratory research was conducted to better understand the sexual and professional scripts of occupational therapists and their consideration of patient' sexuality. Non-directive interviews were conducted with occupational therapists currently working in rehabilitation centers in France. A thematic analysis was then used to process collected datas. The results showed that occupational therapists provide a variety of scripts. Sexual and professional scripts seem to be related and may partly define the level of comfort regarding patients' sexuality. In conclusion, the representations of occupational therapists seem to influence the ways in which sexuality is considered in their interventions.

Key words: Occupational therapy, sexuality, disability, sexual scripts, professional scripts