ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR SANDRA BÉLIVEAU

ENJEUX ÉTHIQUES ET OCCUPATIONNELS LIÉS À LA SEXUALITÉ EN SANTÉ MENTALE ET LEURS PISTES DE SOLUTION : PERCEPTIONS D'ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC

DÉCEMBRE 2021

REMERCIEMENTS

Ce projet a vu le jour grâce à l'implication et au soutien de plusieurs personnes. Je tiens à les remercier sincèrement. Tout d'abord, je suis très reconnaissance de la collaboration avec ma directrice d'essai, Marie-Josée Drolet, professeure au département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Ses réflexions, son écoute, sa collaboration, son temps et ses commentaires ont permis d'amener cet essai à un autre niveau. Son dévouement m'a permis de me sentir en confiance et de m'accompagner dans ce long projet. Son soutien et nos échanges m'ont appris l'importance du rôle d'agent de changement et de la pensée critique si primordiale dans notre pratique clinique quotidienne.

D'ailleurs, je remercie les ergothérapeutes qui ont pris part à ce projet. Sans leur participation et leurs réflexions, ce projet n'aurait pas vu le jour. Leurs propos ont permis de faire un pas de plus dans l'inclusion de l'occupation qu'est la sexualité à la pratique ergothérapique.

Je tiens également à remercier Louis-Pierre Auger, ergothérapeute et étudiant au doctorat en sciences de la réadaptation à l'Université de Montréal pour ses commentaires exhaustifs et ses suggestions pertinentes à la suite de sa lecture de cet essai. Ces derniers ont permis l'amélioration et l'enrichissement de ce projet. Dans le même ordre d'idée, je remercie Marie Goulet, chargée de cours au département d'ergothérapie de l'UQTR, pour ses commentaires constructifs, sa disponibilité et son soutien.

J'aimerais également remercier mes collègues de séminaire pour leurs réflexions et leurs suggestions qui m'ont permis d'améliorer ce projet. De plus, merci à mes amis et ma famille pour leur soutien indispensable durant ces années d'étude. Enfin, une mention spéciale à mon partenaire, Alex Guévremont, qui m'a soutenue pendant ces longs mois de rédaction. Je suis reconnaissante de tous les sacrifices et de son soutien immense à travers ce projet et ses années d'études universitaires. Il a joué une part importante dans ma réussite.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS i
LISTE DES TABLEAUX vi
LISTE DES FIGURES vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS viii
RÉSUMÉ ix
ABSTRACT x
1. INTRODUCTION 1
2. PROBLÉMATIQUE 3
2.1 Portrait des adultes ayant un problème de santé mentale 3
2.1.1 Description de la population 3
2.1.2 Stigmatisation et discrimination à l'égard de la santé mentale 4
2.2 Habilitation à l'occupation qu'est la sexualité 6
2.2.1 Concept de sexualité 6
2.2.2 Interrelation entre la santé mentale et la sexualité 6
2.2.3 Ergothérapeute face à la sexualité 7
2.2.4 Attitudes sociale et professionnelle face à l'occupation qu'est la sexualité 10
2.3 Enjeux éthiques et occupationnels liés à la sexualité en ergothérapie 11
2.3.1 Enjeux éthiques liés à l'habilitation à la sexualité 11
2.3.2 Injustices occupationnelles liées à l'engagement dans l'occupation qu'est la sexualité 13
2.5 Questions et objectifs de la recherche 14
2.6 Pertinence de la recherche 14
3. CADRE CONCEPTUEL 17
3.1 Concept de la sexualité 17
3.1.1 Vision globale de la sexualité et de la santé sexuelle 17
3.1.2 Sexualité : une occupation 18
3.2 Éthique et enjeux éthiques 20
3.2.1 Concept d'éthique 20
3.2.2 Typologie des enjeu éthique 21
3.3 Justice et injustice occupationnelles 22
3.3.1 Concept de justice occupationnelle 22
3.3.2 Typologie des injustices occupationnelles 23

4. MÉTHODES 26
4.1 Devis de recherche 26
4.2 Échantillonnage et recrutement 26
4.3 Collecte de données 28
4.3.1 Questionnaire sociodémographique 28
4.3.2 Entrevue individuelle semi-dirigée 28
4.4 Analyse des données 29
4.5 Considérations éthiques 30
5. RÉSULTATS 31
5.1 Portrait des participantes 31
5.2 Perception des ergothérapeutes 31
5.2.1 Priorité variable pour les clients 32
5.2.1.1 Problématiques sexuelles fréquemment vécues 33
5.2.1.2 Importance de la sexualité 34
5.2.1.3 Priorité non partagée par tous 35
5.2.2 Aisance avec la sexualité 36
5.2.2.1 Chez le client 37
5.2.2.2 Chez l'ergothérapeute 37
5.2.3 Ressources inexistantes ou peu accessibles 41
5.2.3.1 Manque de ressources épistémiques 41
5.2.3.2 Manque de ressources physiques 42
5.2.3.3 Manque de ressources professionnelles 43
5.2.3.4 Manque de ressources organisationnelles et sociales 43
5.2.4 Silence sur la sexualité 44
5.2.4.1 Absence dans les mandats 45
5.2.4.2 Absence dans les suivis interdisciplinaires 46
5.2.5 Vision sociale de la sexualité 47
5.2.5.1 Tabou social 47
5.2.5.2 Aspect générationnel 48
5.2.5.3 Normes sociales 48
5.3 Pistes de solution proposées 50
5.3.1 Utiliser le rôle de l'ergothérapeute d'agent de changement 50
5.3.2 Aborder la sexualité selon sa couleur professionnelle 51
5.3.3 S'informer sur le sujet 52

5.3.4 Mettre le client à l'aise 53
6. DISCUSSION 54
6.1 Retour aux questions et aux objectifs de l'étude 54
6.2 Enjeux éthiques vécus en ergothérapie 54
6.3 Injustices occupationnels liées à la sexualité en ergothérapie 59
6.3.1 Privation et aliénation occupationnelles 60
6.3.2 Marginalisation occupationnelle 62
6.3.3 Déséquilibre occupationnel 64
6.4 Impact de la culture occidentale 65
6.5 Pistes de solution envisagées 67
6.6 Forces et limites de l'étude 69
6.7 Retombées potentielles de l'étude 70
7. CONCLUSION 70
RÉFÉRENCES 72
ANNEXE A 79
ANNEXE B 80
ANNEXE C 84
ANNEXE D 86
ANNEXE E 90

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Définitions des types d'enjeux éthiques selon Swisher et coll. (2005) et Fulford (2004) ……...…… 22

Tableau 2. Pérennité des barrières de l'habilitation à la sexualité chez les ergothérapeutes……....…….…….. 65

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Composantes de l'occupation qu'est la sexualité, inspiré de la conception de la sexualité de Walker et ses collaborateurs (2020)……..……..19

Figure 2. Analyse des propos des ergothérapeutes selon les unités de sens…..……..... 32

Figure 3. Résumé des facteurs semblant expliquer la variance de la priorité accordée à la sexualité par les clients ……..... 32

Figure 4. Facilitateurs et barrières à l'aisance avec le sujet de la sexualité chez les ergothérapeutes……..... 38

Figure 5. Facteurs sociétaux semblant influencer l'expression de la sexualité des clients selon les participantes……..... 47

Figure 6. Résumé des résultats de l'étude ..……..… 53

Figure 7. Continuum entre les enjeux éthiques vécus par les ergothérapeutes et les injustices occupationnelles vécues par les clients ……...……. 58

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
AOTA	*American Occupational Therapy Association*
INSPQ	Institut nationale de la santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MEES	Ministère de l'éducation et de l'enseignement supérieur
MEQ	Ministère de l'éducation du Québec
MHCC	*Mental Health Commission of Canada*
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSPQ	Ordre professionnel des sexologues du Québec
OTSAF	*Occupational Therapy Sexuality Assessment Framework*
SSSS	Soins de santé et de services sociaux
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières
WHO	*World Heath Organisation*

RÉSUMÉ

Problématique : Les écrits sur l'occupation qu'est la sexualité sont peu nombreux et stagnent depuis plusieurs années (McGrath et Sakellariou, 2016), et ce, d'autant plus dans le domaine de la santé mentale (Fouché, 2014). De plus, bien que les ergothérapeutes reconnaissent l'importance de cette occupation, peu d'entre eux considèrent et habilitent à cette occupation dans le cadre de leur pratique (Couldrick, 1998; Hyland et McGrath, 2013). Dans ce contexte, des études suggèrent de documenter les valeurs, les croyances et les attitudes des ergothérapeutes à l'égard de cette occupation (Couldrick, 1999; Northcott et Chard, 2000), car l'ignorance de la sexualité dans les suivis ergothérapiques suggère la présence d'injustices occupationnelles (Sakellariou et Algado, 2006a). **Objectifs** : Cette étude visait à : 1) Explorer les enjeux éthiques et occupationnels liés à la sexualité selon des ergothérapeutes qui travaillent en santé mentale, et 2) Explorer les pistes de solutions possibles pour remédier à ces enjeux. **Cadre conceptuel** : Pour guider l'exploration du phénomène à l'étude, l'occupation qu'est la sexualité est décrite. De plus, la typologie des enjeux éthiques se base sur les auteurs Swisher et ses collaborateurs (2005) ainsi que Fulford (2004), décrivant ainsi six types d'enjeux éthiques, soit : le dilemme, la détresse, le silence, l'aveuglement, la tentation et la myopie éthiques. Pour les injustices occupationnelles, une typologie est proposée selon plusieurs auteurs, décrivant ainsi cinq types d'injustices, soit : la privation, l'aliénation, la marginalisation, le déséquilibre et l'apartheid occupationnels (Larivière et coll., 2019). **Méthode** : Le devis qui a été utilisé est de type qualitatif d'inspiration phénoménologique (Husserl, 1970; O'Reilly et Cara, 2014). Les résultats ont été récoltés auprès de quatre ergothérapeutes par le biais d'entrevues individuelles semi-dirigées. Les étapes de Giorgi (1997) ont guidé l'analyse des verbatim. **Résultats** : Quatre ergothérapeutes, qui s'identifient comme des femmes, ont pris part à la recherche. Elles pratiquent dans des milieux différents. Cinq unités de sens émergent des données qualitatives analysées, à savoir que les enjeux éthiques et occupationnels sont liés à : 1) la priorité variable chez le client, 2) l'aisance avec la sexualité, 3) les ressources inexistantes ou peu accessibles, 4) le silence sur la sexualité et 5) le contexte sociétal. En ce qui a trait aux pistes de solutions, plusieurs avenues possibles pour surmonter ces enjeux sont rapportées par les participantes, soit : 1) revendiquer pour le professionnel et le client, 2) considérer l'aisance du thérapeute et du client et 3) obtenir de la formation. **Discussion** : Selon les résultats, le principal enjeu éthique relevé découle de la valeur de la justice occupationnelle qui est bafouée par des barrières relevant de l'ergothérapeute, des préférences du client, de l'organisation et des croyances sociétales. Cela engendre une détresse éthique chez les ergothérapeutes qui se retrouvent devant une impasse face à ces barrières. Cette détresse exacerbe l'absence de la sexualité dans le système de santé qui engendre des injustices occupationnelles chez la clientèle. Ces injustices peuvent provenir de la médication et des différents soins, mais également de la stigmatisation et des normes de la société. **Conclusion** : L'étude met en lumière l'importance d'inclure la sexualité dans les suivis ergothérapiques et dans la science de l'occupation. La description précise des rôles des ergothérapeutes dans le cadre de l'habilitation à l'occupation qu'est la sexualité serait primordiale, en plus du développement d'outils d'évaluation et d'intervention pour mieux outiller les ergothérapeutes.

Mots clés : Sexualité, santé mentale, ergothérapie, enjeux éthiques et occupationnels, pistes de solutions

ABSTRACT

Background: The litterature on the occupation of sexuality is poor and have stagnated for several years (McGrath and Sakellariou, 2016), especially with adult mental health (Fouché, 2014). Although occupational therapists recognize the importance of this occupation, few consider and support this occupation as part of their practice (Couldrick, 1998; Hyland & McGrath, 2013). In this context, studies suggest exploring the values, beliefs and attitudes of occupational therapists towards this occupation (Couldrick, 1999; Northcott and Chard, 2000), because ignorance of sexuality in occupational therapy practice suggests the presence of occupational injustices (Sakellariou and Algado, 2006a). **Objectives**: This study aims to 1) Explore the ethical and occupational issues related to sexuality accordong to occupational therapists working in mental health, and 2) Explore possible solutions to remedy these issues. **Conceptual framework**: To guide the exploration of the phenomenon under study, the occupation of sexuality is described. In addition, the typology of ethical issues is based on the authors Swisher et al. (2005) and Fulford (2004), thus describing six types of ethical issues: ethical dilemma, distress, silence, blindness, temptation and ethical myopia. For occupational injustices, a typology is proposed according to several authors, thus describing five types of injustice, namely: deprivation, alienation, marginalization, occupational imbalance and apartheid (Larivière et al., 2019). **Method**: The study was a qualitative type of phenomenological inspiration (Husserl, 1970; O'Reilly and Cara, 2014). The results were collected from four occupational therapists through one-on-one semi-structured interviews. The steps of Giorgi (1997) guided the analysis of verbatim. **Results**: Four occupational therapists, who identify as women, took part in the research. They practice in different sectors of the continuum of care. Five units of significance emerge from the qualitative data analyzed, namely that the ethical and occupational issues are linked to: 1) variable priority for the client, 2) ease with sexuality, 3) non-existent or inaccessible resources, 4) silence about sexuality and 5) the societal context. Concerning possible solutions, several possible avenues for overcoming these issues were reported by the participants, namely: 1) claiming for the professional and the client, 2) considering the comfort of the therapist and the client and 3) obtaining training. **Discussion**: According to the results, the main ethical issue identified stems from the value of occupational justice, which is violated by barriers related to the occupational therapist, client preferences, organization and societal beliefs. This generates ethical distress among occupational therapists who find themselves at an impasse in the face of these barriers. This distress exacerbates the absence of sexuality in the health system which generates occupational injustices among clients. These injustices can stem from medication and different types of care, but also from stigma and societal norms. **Conclusion**: The study highlights the importance of including sexuality in occupational therapy practice and in occupational science. The description of the roles of occupational therapists in the context of sexuality empowerment would be essential, in addition to the development of assessment and intervention tools to better equip occupational therapists.

Keywords: Sexuality, mental health, occupational therapy, ethical and occupational issues, possible solutions

1. INTRODUCTION

La sexualité[1] est une occupation (AOTA, 2020; Fouché, 2014; Walker et coll., 2020) et donc un domaine légitime en ergothérapie, en ceci qu'elle fait partie intégrante de la vie des êtres humains (WHO, 2006). Cela dit, elle est encore de nos jours peu intégrée, voire presqu'absente de la pratique des ergothérapeutes, de la formation menant à l'exercice de la profession et des formations continues offertes aux ergothérapeutes en exercice. C'est d'ailleurs cette absence qui m'a amenée à choisir ce sujet dans le cadre de mon projet de recherche, car de fait peu de données probantes existent pour guider les ergothérapeutes désireuses[2] de s'engager dans l'habilitation à la sexualité en pratique. À notre connaissance, un seul guide de pratique existe, lequel est destiné aux ergothérapeutes travaillant avec des personnes atteintes d'un trouble neuromusculaire (Muslemani et coll., 2019). Ainsi, les ressources pour les autres clientèles, dont les personnes ayant un problème de santé mentale, sont quasiment inexistantes (Fouché, 2014).

Les études actuelles, qui se penchent sur cette occupation, attestent le fait que les ergothérapeutes n'intègrent pas la sexualité à leur pratique (Couldrick, 1998; Hyland et McGrath, 2013; McGrath et Lynch, 2014; Penna et Sheehy, 2000; Yallop et Fitzgerald, 1997). Certains auteurs documentent les raisons de cette absence (McGrath et Sakellariou, 2016; Pollard et Sakellariou, 2007), dont font partie le manque de connaissances et l'inconfort relié au sujet de la sexualité. Les personnes ayant un trouble de santé mentale semblent être oubliées à la fois par les recherches en ergothérapie et dans la science de l'occupation qui s'intéressent à la sexualité. Pourtant, ces personnes peuvent rencontrer différents défis reliés à la sexualité, tout comme c'est le cas pour les personnes ayant une problématique physique ou cognitive (McGrath et Lynch, 2014). De plus, plusieurs préjugés sociaux sont liés à la santé mentale (Maylea, 2019;

---

[1] Le terme « sexualité » dans cet essai réfère à des attitudes et des comportements de nature intime et sexuelle qui sont exempts de violence, et ce, entre partenaires par ailleurs consentants. Cela dit, nous sommes évidemment consciente que l'occupation qu'est la sexualité peut être associée à des abus, des traumas, des déviances ainsi que de la violence, voire à de l'oppression. L'habilitation à l'occupation qu'est la sexualité n'inclut pas ces violences.

[2] Puisque la majorité des ergothérapeutes sont des femmes (92,4%) (Office des professions, 2019), le mot « ergothérapeute » est accordé au féminin dans cet essai. Il ne s'agit pas de discriminer les personnes de genre masculin ou s'identifiant à d'autres genres, mais bien de mieux représenter les personnes qui exercent cette profession, encore de nos jours majoritairement féminine.

Yvon et Prouteau, 2017), pouvant rendre l'engagement dans l'occupation qu'est la sexualité plus difficile pour la clientèle vivant avec un problème de santé mentale.

Les écrits sur l'habilitation à la sexualité qui ont été recensés dans le cadre de cette étude révèlent la pertinence et l'importance de documenter les enjeux éthiques et occupationnels liés à la sexualité avec la clientèle adulte qui vit avec un trouble de santé mentale (ex. Couldrick, 1999; Northcott et Chard, 2000; Sakellariou et Algado, 2006a). La documentation de ces enjeux a le potentiel de cerner les attitudes, les croyances et les barrières qui nuisent à l'habilitation à la sexualité par les ergothérapeutes avec les adultes ayant un problème de santé mentale. Il s'ensuit que l'exploration de pistes de solution pour surmonter ces enjeux, voire les résoudre s'avère également pertinente. Au final, il s'agit de permettre à tout humain, qu'il ait ou n'ait pas un problème de santé mentale, de s'engager, si tel est son choix, dans des occupations intimes et sexuelles.

Le corps de cet essai critique comprend cinq sections. La première expose la problématique à la source de la recherche. Par la suite, le cadre conceptuel présente les concepts clés qui sont utilisés pour guider l'étude. Puis, les aspects méthodologiques de ce projet de recherche sont décrits. Suivent les résultats de l'étude qui découlent de l'analyse des données qualitatives recueillies lors des entrevues individuelles menées avec des ergothérapeutes. Enfin, une section discute des résultats obtenus, en les comparant à d'autres études et en relevant leur signifiance. Les retombées ainsi que les forces et les limites de l'étude sont également exposées dans cette section, et ce, avant de conclure sur les faits saillants de l'étude et des avenues de recherche futures.

2. PROBLÉMATIQUE

Cette section présente la problématique qui a mené aux questions de recherche. Premièrement, un portrait des maladies mentales ainsi que des personnes qui en sont atteintes est dressé. Deuxièmement, l'occupation qu'est la sexualité est abordée en lien avec la santé mentale et le rôle de l'ergothérapeute pour soutenir la participation à cette occupation. Troisièmement, un état des connaissances sur les enjeux éthiques et occupationnels de la pratique ergothérapique dans ce contexte est exposé, amenant ainsi aux questions et objectifs de la présente recherche. Enfin, les pertinences scientifique, professionnelle et sociale de ce projet de recherche sont expliquées.

2.1 Portrait des adultes ayant un problème de santé mentale

2.1.1 Description de la population

Une problématique de santé mentale, une maladie ou un trouble mental se définissent comme des « affections cliniquement significatives qui se caractérisent par le changement du mode de pensée, de l'humeur (affects), du comportement associé à une détresse psychique ou à une altération des fonctions mentales » (OMS, 2001, p. 21). Au Québec, c'est 18% de la population qui aura, au cours de leur vie, une problématique de santé mentale (ISQ, 2015), qu'il s'agisse d'une névrose, d'une psychose ou d'un trouble de la personnalité (Auxéméry, 2015).

Plusieurs types de maladies mentales existent, tels que les troubles dissociatifs, les troubles de la personnalité, la schizophrénie et les troubles apparentés, les troubles du comportement alimentaire, l'anxiété et les troubles liés au stress, les troubles de l'humeur, les troubles associés à la substance ainsi que les troubles obsessionnels compulsifs et troubles similaires (Le Manuel Merck, 2021). D'ailleurs, les problématiques de santé mentale sont souvent associées à une détresse et une altération significative du fonctionnement quotidien général (INSPQ, 2019). Ces personnes peuvent, par exemple, présenter des difficultés à travailler, à maintenir une routine, à réaliser des tâches ménagères, à dormir ou à participer à des activités sociales (Baker et Procter, 2014). Les symptômes varient selon le continuum des troubles et la détresse qui lui est associée ainsi que le type de la maladie (Gouvernement du Québec, 2021; INSPQ, 2019).

L'apparition et la gravité de la maladie mentale sont déterminées par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (OMS, 2001). En contrepartie, les personnes atteintes de maladies mentales voient leur santé générale dégradée, en raison d'inégalités de santé et de désavantages économiques, sociaux et politiques (Gouvernement du Canada, 2019). Plus précisément, un trouble de santé mentale est en général associé à une condition socio-économique pauvre, de l'exclusion sociale, des risques de violence et de la discrimination ainsi que des risques de mauvaises conditions physiques (OMS, 2018). Il est en plus observé que lorsque les conditions environnementales (socio-économiques) diminuent, les problématiques de santé augmentent (Gouvernement du Canada, 2019).

Plusieurs adultes qui vivent avec un problème de santé mentale cheminent dans le continuum des soins de santé et des services sociaux (SSSS) du Québec. Selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2012), l'utilisation des SSSS au Québec varie selon le diagnostic de la personne. En 2009-2010, la majorité des personnes ayant un trouble mental quelconque consultait leur médecin de famille en cabinet. Toutefois, d'autres services, tels que la psychiatrie externe, l'urgence, l'hospitalisation et plus encore, sont également utilisés par la population (INSPQ, 2012). L'ensemble de ses soins, services et programmes sont des milieux où travaillent des ergothérapeutes. En bref, les personnes ayant un trouble de santé mentale ont déjà l'habitude d'utiliser les soins et services offerts dans des milieux où des ergothérapeutes exercent la profession.

2.1.2 Stigmatisation et discrimination à l'égard de la santé mentale

Les personnes vivant avec un problème de santé mentale sont, de nos jours, souvent victimes de stigmatisation et de discrimination (Yvon et Prouteau, 2017). La stigmatisation correspond au discrédit d'une personne par la société, soit à une perte de la reconnaissance de sa valeur ou de son estime, provenant d'un stéréotype et accompagné d'un sentiment de honte et d'infériorité chez la personne qui en est victime (Bélanger, 2016; Link et Phelan, 2001). Elle provient de croyances, souvent de préjugés ou de stéréotypes, qui accentuent la différence entre le groupe stigmatisé et la population générale (Link et Phelan, 2001). La discrimination, quant à elle, est définie comme les actions découlant de la stigmatisation qui accentue le stéréotype

(Link et Phelan, 2001). Des exemples de discrimination seraient des refus injustifiés d'accès à des emplois ou à des logements. Les préjugés et stéréotypes, qui engendrent la stigmatisation puis la discrimination, sont attribués aux personnes ou aux groupes qui diffèrent de la norme sociale, comme c'est le cas pour les personnes qui présentent un problème de santé mentale (Bélanger, 2016). Bien que les préjugés relatifs aux problèmes de santé mentale ont été longtemps associés à la psychose, ils ont évolué depuis les dernières décennies (Yvon et Prouteau, 2017). Selon Hayward et Bright (1997), les stéréotypes liés à la santé mentale sont par exemple de considérer que les personnes qui vivent avec un problème de santé mentale sont : dangereuses, ont un faible pronostic de rétablissement, sont incompétentes dans leurs relations sociales, sont imprévisibles et que leur problème est de leur faute. La stigmatisation liée à la maladie mentale est présente dans plusieurs sociétés de par le monde, et ce, depuis plusieurs décennies (Yvon et Prouteau, 2017). Le système de santé canadien n'y échappe pas. En effet, selon la Commission de santé mentale du Canada (MHCC, 2015), 38% des personnes ayant un problème de santé mentale rapportent avoir vécu une expérience de discrimination ou d'injustice dans plusieurs contextes : travail, soins de santés, commentaires de la communauté ou des proches (MHCC, 2015). Plus spécifiquement, le quart de ces personnes mentionnent avoir eu des besoins qui n'ont pas été répondus par le système de santé (MHCC, 2015).

De surcroît, cette stigmatisation envers les personnes qui ont un problème de santé mentale peut correspondre à deux concepts. Le premier, le sanisme, consiste en une « forme de discrimination et d'oppression » [Traduction libre] (Leblanc et Kinsella, 2016, p. 61) qui discrédite les propos et les connaissances des personnes vivant avec un trouble mental. Le deuxième, le capacitisme, peut se définir comme une conceptualisation de « la discrimination fondée sur le handicap et le système permettant son existence » (Parent, 2017, p. 188). Il s'ensuit que les personnes vivant avec une incapacité physique ou mentale se voient injustement discriminées et exclues, en raison de leur fonctionnement différent (Sakellariou et Algado, 2006a). Bref, la stigmatisation reliée à la maladie mentale fait partie du quotidien des personnes qui en sont atteintes. Pour certains individus, en plus de devoir vivre avec des difficultés fonctionnelles liées à leur maladie, ils se voient confrontés à des opportunités occupationnelles diminuées, en raison de ces préjugés et de conditions sociodémographiques parfois défavorables (Larivière et coll., 2019).

2.2 Habilitation à l'occupation qu'est la sexualité

L'un des rôles principaux de l'ergothérapeute est celui d'expert en habilitation à l'occupation (ACE, 2012). En d'autres mots, il s'agit comme ergothérapeute d'utiliser ses compétences et les données probantes afin que la personne soit capable de réaliser (habiliter) les activités qui sont nécessaires à sa santé et son bien-être ou qui sont signifiantes pour elle (occupations). Dans la mesure où le concept d'occupation couvre tout ce que font les êtres humains, il va de soi que la sexualité correspond à une occupation.

2.2.1 Concept de sexualité

Aujourd'hui, « dans le contexte de la participation et de la fonction humaine, la sexualité est vue comme l'expression de la performance occupationnelle, laquelle est une partie intégrante de l'identité, du statut de santé et de l'image de soi de l'individu » [Traduction libre] (Walker et coll., 2020, p. 1; inspiré de Penna et Sheehy, 2000). La sexualité est donc considérée en ergothérapie comme une occupation, plus précisément une activité de la vie quotidienne (AOTA, 2020; Fouché, 2014; Walker et coll., 2020). Elle est aussi en cohérence avec une vision holistique de la santé, de la personne et de l'occupation (Fouché, 2014; Haboudi et Lincoln, 2003). Cette occupation englobe plus que les seuls rapports sexuels et les aspects biologiques qui leur sont liés : elle comprend des aspects affectifs, psychologiques, sociaux et moraux (Badeau, 1998, cité par Bérard, 2008; WHO, 2006;). La sexualité est également expérimentée ou exprimée différemment chez chaque personne (WHO, 2006). Il est à noter qu'une définition plus exhaustive du concept dans cet essai est présentée dans la section 3.1.

2.2.2 Interrelation entre la santé mentale et la sexualité

Un problème de santé mentale peut affecter la sexualité d'une personne (Hyland et McGrath, 2013). Il peut s'agir de problèmes liés au plaisir et à l'augmentation du stress (Esmail et coll., 2002). Northcott et Chard (2000) mentionnent que les problèmes de santé mentale peuvent affecter les aspects physiques et biologiques de la sexualité, tels que la diminution de la libido. Toutefois, avoir une incapacité physique, mentale ou cognitive ne diminue pas les besoins d'intimité et d'affection des personnes qui vivent avec un problème de santé mentale (Northcott et Chard, 2000), qui sont des aspects importants de la sexualité. En outre, la

médication prise pour diminuer les symptômes des maladies mentales apporte souvent des effets négatifs sur la sexualité, tels que des dysfonctions sexuelles et la perte de désir sexuel (Deegan, 1999). Les symptômes de certains troubles mentaux affectent les capacités des personnes à entrer et à maintenir des relations intimes, par exemple en raison de pauvres habiletés sociales ou d'une tendance à l'isolement (Penny et Sheehy, 2000). Ces difficultés peuvent engendrer une atteinte de la participation à l'occupation qu'est la sexualité chez les personnes qui accordent de l'importance à pratiquer la sexualité avec d'autres individus. En effet, des conflits à propos de la fréquence des rapports sexuels ou des difficultés de réalisation et de distinction des rôles en couple (lorsque le partenaire est aussi le proche-aidant) sont rapportés par les personnes ayant un problème de santé mentale qui sont en couple (Esmail et coll., 2002).

D'ailleurs, les problèmes liés à la sexualité affectent également la santé mentale des individus. En effet, une dysfonction sexuelle affecte l'image de soi ainsi que l'engagement dans la recherche ou le développement d'une relation avec un partenaire sexuel, si c'est significatif pour la personne (Penna et Sheehy, 2000). Selon Sakellario et Algado (2006a), les personnes ayant une incapacité (dans l'article une incapacité découlant d'une blessure médullaire) voient leur qualité de vie diminuée lorsqu'elles vivent des problèmes liés à la sexualité qui sont non résolus (Sakellario et Algado, 2006a). La motivation de ces dernières à s'engager dans d'autres activités peut également s'estomper (Northcott et Chard, 2000) lorsque la sexualité est affectée. Parallèlement, s'engager dans une sexualité saine et volontaire augmente l'estime de soi engendrant ainsi des effets positifs sur la santé de l'individu (Northcott et Chard, 2000). Ainsi, favoriser la participation aux relations et activités liées à la sexualité serait susceptible d'améliorer la qualité de vie et le fonctionnement des personnes aux prises avec un trouble de santé mentale.

2.2.3 Ergothérapeute face à la sexualité

À notre connaissance, considérer la sexualité comme une occupation ne fait pas l'unanimité dans la science de l'occupation. En 1998, Couldrick rapporte que la littérature scientifique reflète toujours une incertitude par rapport au rôle de l'ergothérapeute en lien avec la sexualité. Dans un même ordre d'idée, Kielhofner mentionne que la sexualité n'est pas une occupation en soi, mais plutôt un besoin biologique et de survie pour l'être humain (1993 cité

par Couldrick, 2005). Toutefois, le rôle de l'ergothérapeute en lien avec la sexualité a été défendu par d'autres auteurs, dont Fouché (2014). Par exemple, les ergothérapeutes peuvent : a) suggérer des stratégies compensatoires, b) aider au développement de l'estime de soi et de l'image de soi, c) adapter l'activité ou l'environnement ainsi que d) faciliter la participation à des rôles sociaux liés à la sexualité (Couldrick, 1999; Hyland et McGrath, 2013; Northcott et Chard, 2000). De plus, selon Couldrick (2005), la non-reconnaissance par les ergothérapeutes de l'importance de la sexualité peut porter préjudice à certaines personnes. Elle mentionne que cette ignorance renforce l'association suivante « "vous êtes handicapés, donc l'expression sexuelle n'est plus importante" » [Traduction libre] (Couldrick, 2005, p. 317). En ce sens, il est présumé et considéré dans cet essai que l'habilitation à la sexualité est non seulement un rôle légitime pour les ergothérapeutes, mais devrait faire partie intégrante de la pratique ergothérapique.

Toutefois, nombreuses sont les études qui attestent de la difficulté des ergothérapeutes à aborder la sexualité dans le cadre de leur pratique (Couldrick, 1998; Hyland et McGrath, 2013; McGrath et Lynch, 2014; Penna et Sheehy, 2000; Yallop et Fitzgerald, 1997), et ce, pour diverses raisons. Plusieurs obstacles sont identifiés dans les écrits. Bien que le manque de connaissances sur ce rôle soit l'obstacle le plus souvent nommé (l'habilitation à la sexualité est peu, voire pas abordée durant le parcours universitaire et dans le cadre de formations continues), l'inconfort ressenti par les ergothérapeutes à discuter de sexualité avec les clients se présente comme un obstacle important à l'exercice de ce rôle (Areskoug-Josefsson et Fristedt, 2019; Auger et coll., 2021; Couldrick, 2008, cité dans Couldrick et coll., 2010; Hyland et McGrath, 2013; McGrath et Lynch, 2014; Yallop et Fitzgerald, 1997; Young et coll., 2020). Ce malaise est exacerbé par l'endroit où la discussion (si discussion il y a) se réalise (Young et coll., 2020) ainsi que l'âge et le genre du client (Areskoug-Josefsson et Fristedt, 2019; Auger et coll., 2021). D'autres facteurs institutionnels, tels que le manque de soutien à la fois de l'équipe et de l'établissement, sont rapportés par des ergothérapeutes dans plusieurs études (Couldrick, 2008, cité dans Couldrick et coll., 2010; Young et coll., 2020), de même que le fait que la majorité des professionnels de la santé ne reconnaissent pas les ergothérapeutes comme des acteurs importants pouvant soutenir la participation à l'occupation qu'est la sexualité (Haboubi et Lincoln, 2003). Enfin, la peur d'offusquer le client par la discussion sur la sexualité est

également un autre obstacle mentionné dans les écrits (Areskoug-Josefsson et Fristedt, 2019; Young et coll., 2020). Conséquemment, les ergothérapeutes abordent rarement la sexualité dans leur pratique courante.

Pour renverser cette tendance, des auteurs estiment que l'utilisation de modèles peut être une avenue pertinente. Par exemple, le modèle *PLISSIT* [3] (Annon, 1974), cité dans plusieurs études (Couldrick et coll., 2010 ; Walker et coll., 2020), a été développé pour aider les professionnels de la santé à aborder la sexualité avec leur clientèle. De plus, le *Recognition Model* (Couldrick et coll., 2010) propose, pour sa part, des stratégies soutenant l'inclusion de la sexualité à la pratique qui respectent à la fois le thérapeute et le client. Finalement, il existe, à notre connaissance, un seul outil d'évaluation ergothérapique de la sexualité, lequel a été élaboré par Walker et ses collaborateurs (2020), mais ce dernier n'a pas à ce jour été validé. Même s'il y a peu d'écrits sur l'habilitation à la sexualité en ergothérapie, ces derniers ont permis d'identifier certains obstacles et certaines solutions pour que l'ergothérapeute soit davantage en mesure de soutenir la participation à la sexualité dans le cadre de sa pratique.

Pour habiliter la sexualité en santé mentale, l'étude menée par McGrath et Lynch (2014) fait état que la majorité des ergothérapeutes y ayant participé (n=22) trouvent plus difficile de soutenir les aspects émotifs liés à la sexualité que les aspects physiques. Aussi, à notre connaissance, l'habilitation à la sexualité est plus documenté dans la science de l'occupation en santé physique qu'en santé mentale. Un guide de pratique pour habiliter la sexualité en ergothérapie avec les personnes ayant un trouble neuromusculaire existe (Muslemani et coll., 2019), mais il y a peu de lignes directrices pour soutenir cette occupation auprès des personnes ayant un problème de santé mentale (Fouché, 2014) ou d'autres problématiques physiques, à notre connaissance.

[3] Bien qu'il s'agisse du nom du modèle, l'acronyme est utilisé pour nommer les différentes étapes du modèle, soit *permission* (P), *limited information* (LI), *specific suggestions* (SS) et *intensive therapy* (IT) (Annon, 1974, cité par Couldrick et coll., 2010 et Walker et coll., 2020).

2.2.4 Attitudes sociale et professionnelle face à l'occupation qu'est la sexualité

L'occupation qu'est la sexualité est liée à deux phénomènes sociaux quelque peu paradoxaux, soit l'hypersexualisation (Giroux-Benoit, 2018) d'une part et l'association à un tabou (Couldrick, 1998) d'autre part. Northcott et Chard (2000) donnent un exemple de l'association de la sexualité à ces phénomènes :

> L'expression sexuelle est vue dans toutes les formes de médias tous les jours : télévision, films, magazines et publicité. Mais encore, cette sphère importante du fonctionnement humain semble être largement ignorée par la plupart des professionnels de la santé [Traduction libre] (Northcott et Chard, 2000, p. 412).

En plus d'être considérée comme une occupation qui relève de l'intimité et de la sphère de la vie privée (WHO, 2006), celle-ci a été longtemps estimée comme un péché au sein de la société occidentale dont les assises chrétiennes ont en quelque sorte démonisé cette occupation, notamment lorsque celle-ci était pratiquée en dehors du mariage chrétien hétérosexuel et pour des raisons autres que la reproduction (Bozon, 2001). Par ailleurs, comme le mouvement « *me too* » l'a démontré, cette occupation peut aussi être source de violence et d'oppression, même liée à des traumatismes (AOTA, 2020), notamment à l'égard des femmes (Goulet-Pelletier, 2019). En bref, la sexualité peut certes contribuer à la santé et au bien-être (Northcott et Chard, 2000), mais également à la violence et l'oppression (AOTA, 2020), ce qui représente un paradoxe. Il semble que ces attitudes sociales paradoxales à l'égard de la sexualité influencent dans une certaine mesure celles des professionnels de la santé.

Dans le monde de la santé, voire celui de la psychiatrie, l'occupation qu'est la sexualité a été historiquement reliée à la psychopathologie, soit comme cause de la maladie ou un symptôme de sa présence (Deegan, 1999). Longtemps le traitement prescrit était l'abstinence sexuelle, menant à l'ignorance des besoins sexuels des individus (Maylea, 2019). Même si aujourd'hui ces traitements ne sont plus utilisés, la société en général ainsi que les professionnels de la santé ont tendance à percevoir les personnes ayant une maladie mentale comme des êtres non sexuels (Sakellariou et Algado, 2006a), comme c'est aussi le cas pour les personnes âgées (Cook et coll., 2017). Il existe un profond silence sur la sexualité des personnes ayant des incapacités (Sakellariou et Algado, 2006a) pouvant découler des croyances précédentes. Selon une étude abordant l'inclusion de la sexualité à la pratique des ergothérapeutes, Hyland et

McGrath (2013) ont relevé dans leur étude que 62% des ergothérapeutes (N=58, n=35) n'abordent rarement ou jamais l'occupation qu'est la sexualité dans leurs interventions individuelles. Pourtant, selon la même étude, 88.1% des participants (n=52) considèrent que la sexualité est pertinente et devrait être incluse à la pratique ergothérapique (Hyland et McGrath, 2013). Bien que les ergothérapeutes reconnaissent l'importance de la sexualité pour leurs clients qui vivent avec des incapacités ou pour leur pratique (Couldrick, 1998; Hyland et McGrath, 2013; McGrath et Lynch, 2014; Penny et Sheehy, 2000; Yallop et Fitzgerald, 1997), Higgins et ses collaborateurs (2009) rapportent que :

> Les professionnels de la santé n'entrent pas dans leur pratique sans bagage personnel, mais arrivent plutôt dans celle-ci avec des attitudes et des croyances qui ont été créées par la culture de leur famille, de leurs pairs, de leur éducation et des médias [Traduction libre] (Higgins et coll., 2009, cité dans Hyland et McGrath, 2013, p. 74).

Les ergothérapeutes ne font pas ici figure d'exceptions. Il s'ensuit que ces attitudes, croyances et valeurs peuvent contribuer à l'émergence d'enjeux éthiques dans le cadre de la pratique ergothérapique. Plus précisément, Pollard et Sakellariou (2007) mentionnent que les ergothérapeutes peuvent faire face à des dilemmes éthiques en lien avec la sexualité dans le cadre de leur pratique.

2.3 Enjeux éthiques et occupationnels liés à la sexualité en ergothérapie

Considérant les effets secondaires de la médication, considérant la stigmatisation et la discrimination vécues par les personnes qui vivent avec un problème de santé mentale et considérant les barrières à l'intégration de l'habilitation à la sexualité en ergothérapie pour les raisons ci-haut discutées, il est à se questionner sur les enjeux éthiques et occupationnels liés à la sexualité en ergothérapie.

2.3.1 Enjeux éthiques liés à l'habilitation à la sexualité

La sexualité est un sujet complexe, notamment parce qu'il est un tabou et est souvent perçu comme relevant de l'intimité et de la vie privée des personnes. Dans ce contexte et à la lumière de ce qui précède, les ergothérapeutes peuvent vivre des enjeux éthiques lors de l'habilitation à la sexualité, c'est-à-dire être confrontées à des situations qui compromettent le respect de certaines valeurs (Swisher et coll., 2005) ou mettent en tension plusieurs valeurs entre

elles (Pollard et Sakellariou, 2007). Il est à noter que le concept d'enjeu éthique est développé davantage dans la section 3.2 de cet essai.

Plusieurs clientèles sont visées par les études actuelles qui traitent des enjeux éthiques en lien avec l'occupation qu'est la sexualité, telles que les personnes âgées (Jagus et Benbow, 2002), principalement celles qui vivent en résidence (Cook et coll., 2017), les individus ayant des troubles cognitifs (Mathieu et coll., 2017) et les personnes présentant une déficience intellectuelle (Pariseau-Legault et coll., 2019). Les enjeux éthiques liés à la sexualité en santé mentale sont documentés pour les ergothérapeutes pratiquant en unité psychiatrique (Dein et coll., 2016), mais pas dans d'autres milieux de la pratique professionnelle. De plus, les écrits sur ces enjeux proviennent de multiples disciplines, mais principalement de la psychologie (Antebi-Gruszka et al., 2019; Daines, 2006; Dein et coll., 2016; Jagus et Benbow, 2002; Maylea, 2019). Certaines études en ergothérapie mentionnent et discutent des enjeux éthiques que vivent les ergothérapeutes, mais sans utiliser une lunette éthique ou aborder l'enjeu éthique de manière explicite (Couldrick, 1998; Pollard et Sakellariou, 2007). En d'autres mots, les valeurs qui sont compromises et les conséquences de ces situations pour les personnes concernées ne sont pas spécifiées dans ces écrits.

À notre connaissance, les enjeux éthiques relatifs à l'habilitation à la sexualité en santé mentale traitent : a) de la capacité des personnes à consentir (Maylea, 2019), b) de l'infidélité (Daines, 2006), c) du travail du sexe (Antebi-Gruszka et coll., 2019) et d) du degré de confort avec la sexualité (Dein et al., 2016; Pariseau-Legault et al., 2019). Or, toutes ces études ne sont pas spécifiques à la pratique de l'ergothérapie.

Les ergothérapeutes devraient explorer plus en profondeur leurs croyances personnelles, leurs attitudes et leurs valeurs afin de bien comprendre leur vision de la sexualité et leurs potentiels biais négatifs à son égard (Couldrick, 1999; Northcott et Chard, 2000), de façon à mieux inclure cette occupation dans leurs interventions. La sexualité est une occupation complexe, qui dépend des valeurs et du contexte culturel et familial de chaque personne (Couldrick, 1999). Prend compte de ces aspects permet à l'ergothérapeute d'identifier les défis personnels qu'elle aura avec l'habilitation à cette occupation ainsi que ses limites

professionnelles et personnelles. À notre connaissance, aucun écrit en ergothérapie n'aborde les croyances, les attitudes et les valeurs des ergothérapeutes liées directement la sexualité en santé mentale, voire l'habilitation à cette occupation dans ce contexte. C'est cette lacune qui a mené au questionnement au fondement de cette étude. Ainsi, aucune étude n'a à ce jour, à notre connaissance, documenté les enjeux éthiques liés à la sexualité selon les ergothérapeutes en santé mentale.

2.3.2 Injustices occupationnelles liées à l'engagement dans l'occupation qu'est la sexualité

Un autre rôle majeur des ergothérapeutes est relié à la justice occupationnelle (Townsend et Wilcock, 2004). Considérant que les êtres humains sont des êtres occupationnels (Durocher et coll., 2014; Hocking, 2017; Wilcock et Townsend, 2000), la justice occupationnelle correspond au droit de vivre dans une société qui permet à toute personne d'avoir les opportunités nécessaires pour réaliser les occupations qui sont importantes pour elle (Durocher et coll., 2014; Hammel, 2017). Il est à noter que ce concept est défini davantage à la section 3.3 de cet essai. Cependant, il arrive que cette justice ne soit pas actualisée pour certains individus ou groupes d'individus et que ces derniers vivent des injustices occupationnelles. Il est donc dans le rôle de l'ergothérapeute d'être agent de changement social afin de réduire ces injustices ou d'aider les personnes à y faire face (Sakellariou et Algago, 2006a). Sachant l'impact de la maladie mentale sur la sexualité et l'insatisfaction sexuelle vécue par plusieurs personnes vivant avec la maladie mentale (Deegan, 1999), il est à se questionner si les personnes ayant un ou des troubles mentaux vivent des injustices occupationnelles.

Les injustices occupationnelles recensées à ce jour que vivent les adultes ayant un problème de santé mentale sont relatives à la discrimination liée à l'orientation sexuelle des personnes (Dein et coll., 2016) et à l'accès à des ressources dans un contexte de pauvreté (Sundby, 2006). Or, une seule étude, à notre connaissance, documente les injustices occupationnelles liées à la sexualité chez les personnes ayant une incapacité (Sakellariou et Algado, 2006a). Bien qu'elle documente ces injustices chez des personnes ayant une blessure médullaire, la recherche explique que des croyances, telles que l'asexualisation de ces personnes, l'anxiété existentielle ressentie, la vision sociale du handicap et la désapprobation sociale de la sexualité des personnes ayant des incapacités peuvent engendrer des injustices

occupationnelles (Sakellariou et Algado, 2006a). Les auteurs argumentent en ce sens puisque les opportunités offertes aux personnes ayant une blessure médullaire sont limitées par des facteurs externes qui modulent négativement leurs choix occupationnels.

2.5 Questions et objectifs de la recherche

À la lumière de ce qui précède, il apparaît, d'une part, que les enjeux éthiques reliés à l'habilitation de l'occupation qu'est la sexualité vécus par les ergothérapeutes qui travaillent en santé mentale ne sont pas documentés et, d'autre part, qu'il en est de même pour les injustices occupationnelles rencontrées par les personnes vivant avec un problème de santé mentale en lien avec l'occupation qu'est la sexualité. Il s'ensuit que les questions à l'origine de cette recherche sont les suivantes : 1) quels sont les enjeux éthiques et occupationnels liés à la sexualité selon les ergothérapeutes qui travaillent en santé mentale? 2) Quelles sont les pistes de solutions pour remédier à ces enjeux selon les ergothérapeutes?

Les objectifs de recherche qui en découlent sont les suivants : 1) explorer les enjeux éthiques et occupationnels liés à la sexualité selon des ergothérapeutes qui travaillent en santé mentale, et 2) explorer les pistes de solutions possibles pour remédier à ces enjeux.

2.6 Pertinence de la recherche

En premier lieu, ce projet de recherche est pertinent sur le plan scientifique, car les enjeux éthiques et occupationnels liés à l'occupation qu'est la sexualité ne sont pas, à notre connaissance, documentés à ce jour. Ainsi, les résultats de la recherche seront les tout premiers à documenter ces enjeux dans le contexte spécifique de la santé mentale en ergothérapie. Bien que d'autres disciplines aient identifié certains enjeux éthiques reliés à l'habilitation à cette occupation dans le contexte du système de santé, le contexte spécifique proposé par l'étude n'a jamais été abordé. La documentation des injustices occupationnelles dans le même contexte est quasi inexistante : de fait, une seule étude, à notre connaissance, a discuté de ces enjeux en ergothérapie, mais en santé physique (Sakellariou et Algado, 2006a). De surcroît, plusieurs études mentionnent le manque de connaissances comme l'une des principales barrières à l'habilitation à cette occupation par les professionnels de la santé (Areskoug-Josefsson et Fristedt, 2019; Couldrick, 2008, cité dans Couldrick et coll., 2010; Hyland et McGrath, 2013;

McGrath et Lynch, 2014; Yallop et Fitzgerald, 1997; Young et coll., 2020). Cette recherche est ainsi novatrice et contribuera au développement des connaissances en ergothérapie.

En deuxième lieu, cette étude est pertinente au plan professionnel. La réalisation de cette étude permettra de mieux comprendre le comportement des ergothérapeutes face aux enjeux éthiques et occupationnels rencontrés lors de l'habilitation de l'occupation qu'est la sexualité et ainsi identifier plus facilement des pistes de solution pour y remédier. Autrement dit, l'ergothérapeute se doit d'offrir les meilleures pratiques aux adultes ayant un problème de santé mentale désireux de s'engager dans l'occupation qu'est la sexualité. En ce sens, il est souhaité que la documentation des enjeux éthiques et occupationnels puisse permettre à l'ergothérapeute d'actualiser plus aisément son rôle d'expert en habilitation à l'occupation qu'est la sexualité. Dans le contexte où les ergothérapeutes sont invitées à baser leurs interventions sur les meilleures pratiques selon la littérature scientifique, il est souhaité que les résultats de cet essai puissent soutenir la réflexion des ergothérapeutes pour améliorer leur pratique sur le plan de l'habilitation à la sexualité (ACE, 2012). Tandis que la description des enjeux éthiques reliés à la sexualité est une occasion pour réfléchir aux valeurs, aux croyances et aux attitudes des thérapeutes, l'exploration des injustices occupationnelles vécues par les clients vivant avec un problème de santé est une opportunité pour réfléchir au rôle potentiel d'agent de changement social si valorisé en ergothérapie. En outre, bien que ce projet de recherche soit exploratoire et s'inscrive dans le cadre d'une maîtrise professionnelle en ergothérapie, il est souhaité que les résultats de cette recherche puissent soutenir les ergothérapeutes à mieux surmonter les enjeux éthiques et occupationnels liés à l'habilitation de l'occupation qu'est la sexualité et que ces dernières soient plus outillées afin d'offrir de meilleures pratiques aux clients ayant un problème de santé mentale désireux de s'engager dans des activités sexuelles. En effet, la diminution de ces enjeux est en cohérence avec les valeurs de la profession, comme « la participation et la justice occupationnelles, tant sur le plan individuel que collectif » (Éditeur officiel du Québec, 2020, article 4.3). Donc, soutenir les ergothérapeutes à aborder à ces enjeux concorde avec l'idée de soutenir l'actualisation de plusieurs valeurs et rôles professionnels. Si l'occupation est négligée par les ergothérapeutes, cela peut engendrer des conséquences négatives pour les personnes ayant une maladie mentale, surtout sur leur santé et leur bien-être sexuels.

En troisième et dernier lieu, il est d'ailleurs souhaité que cette recherche puisse permettre, sur le plan social, aux clients ayant un problème de santé mentale de bénéficier des meilleurs services ergothérapiques, et ce, à la fois d'un point de vue éthique et occupationnel, c'est-à-dire de mettre en lumière les injustices occupationnelles que peut vivre cette clientèle ainsi que les enjeux éthiques liés à l'habilitation de la sexualité afin de permettre aux ergothérapeutes d'être mieux outillées et ainsi mieux soutenir cette population dans cette occupation. La santé est définie par un bien-être biopsychosocial (OMS, 1985). Bien que la sexualité ne soit pas dans la définition officielle de la santé, la santé sexuelle est également reconnue par l'Organisation mondiale de la Santé (WHO, 2006). Elle reconnaît également des droits (et devoirs) sexuels pour tous êtres humains, ce qui inclut ceux ayant des incapacités ou non (WHO, 2006). Sachant que les personnes qui ont un problème de santé mentale sont insatisfaites de leur engagement dans la sexualité (Deegan, 1999), ne pas soutenir la participation à l'occupation qu'est la sexualité en raison d'enjeux éthiques ou ignorer les injustices occupationnelles rencontrées par ces personnes peut engendrer une diminution de la santé et du bien-être sexuels des personnes et ainsi diminuer leurs droits sexuels. Cette recherche vise donc à réduire dans une certaine mesure les préjudices vécus par cette clientèle eu égard à l'occupation qu'est la sexualité.

3. CADRE CONCEPTUEL

Cette section présente les concepts clés de la présente recherche. À propos de la sexualité, sa définition est présentée selon une vision globale, dans le contexte de la culture québécoise et de la discipline ergothérapique. Il en est de même du concept de santé sexuelle. Par la suite, le concept d'éthique est expliqué afin de mieux comprendre ce que sont les enjeux éthiques liés à la sexualité. Dans le même ordre d'idées, les injustices occupationnelles liées à la sexualité sont présentées selon le concept sous-jacent, soit celui de justice occupationnelle.

3.1 Concept de la sexualité

3.1.1 Vision globale de la sexualité et de la santé sexuelle

Étant le concept central de cette recherche, la sexualité doit être ici définie. Bien que celle-ci soit réduite dans plusieurs ouvrages à sa seule génitalité (Bérard, 2008), qui réfère davantage aux aspects relatifs à la réponse sexuelle, dans cette étude, la sexualité englobe plus que le sexe biologique d'une personne et les actes sexuels qu'elle accomplit. Inscrite au sein d'une sphère complexe et fondamentale de la vie humaine (WHO, 2006), une vision plus globale de la sexualité a été choisie dans cet essai. Bien qu'il existe plusieurs définitions de la sexualité et qu'elles aient évolué à travers le temps (Fouché, 2014), la définition recensée qui nous semble la plus complète est celle formulée par l'Organisation mondiale de la Santé (WHO) et va comme suit :

> La sexualité est un aspect central de la vie humaine et englobe le sexe, l'identité de genre, les rôles, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, [l'affectivité], l'intimité et la reproduction. La sexualité est expérimentée et exprimée dans des pensées, des fantasmes, des désirs, des croyances, des attitudes, des valeurs, des comportements, des pratiques, des rôles et des relations [Traduction libre] (WHO, 2006, p. 5).

Toutefois, sa définition est intrinsèque à chaque individu, c'est-à-dire que celle-ci est appelée à différer d'une personne à une autre selon ses valeurs, ses croyances, ses désirs, son identité, ses expériences et ses émotions (MEQ et MSSS, 2003; WHO, 2006). De plus, la sexualité et la définition qu'une personne s'en fait sont étroitement liées à la culture et l'environnement social au sein duquel de celle-ci évolue (Sakellariou et Algado, 2006a). En effet, les valeurs, les croyances et les mœurs de sa famille et de sa communauté influencent la vision de chacun de la sexualité et la manière dont elle doit être exprimée (WHO, 2006). Ainsi,

« la sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, légaux, historiques, religieux et spirituels » [Traduction libre] (WHO, 2006, p. 5).

Puisque la définition doit tenir compte du contexte culturel et de l'environnement social des personnes, il importe d'aborder la sexualité selon la culture québécoise et canadienne. À l'instar de l'OMS, le gouvernement canadien aborde la sexualité de manière globale (Gouvernement du Canada, 2015). Toutefois, l'accent est mis sur la santé sexuelle et sa promotion. Autrement dit, bien que le gouvernement canadien mentionne que la saine sexualité est plus que la prévention des infections transmises sexuellement (ITS), des grossesses non désirées, l'abus de substances et autres, ce sont des sujets récurrents dans la définition de la sexualité au Canada (Gouvernement du Canada, 2015). De son côté, le gouvernement du Québec utilise la définition de la santé sexuelle de l'Organisation mondiale de la Santé (Gouvernement du Québec, 2016), soit :

> La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social relié à la sexualité; ce n'est pas simplement l'absence de maladie, de dysfonctions ou d'infirmités. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles plaisantes et sécuritaires, libres de coercition, de discrimination et de violence. Pour atteindre la santé sexuelle et la maintenir, les droits sexuels de chacun doivent être respectés, protégés et répondus [Traduction libre] (WHO, 2006, p. 5).

De plus, le gouvernement québécois considère la sexualité comme multidimensionnelle (MEQ et MSSS, 2003), globale et positive (MEES, 2018). La sexualité comprend des dimensions cognitives (connaissances acquises et l'expression de la sexualité), socioculturelles (représentations sociales comme rôles et stéréotypes), psychoaffectives (émotions, désirs, affirmation de soi et autres aspects psychologiques), biologiques (relatifs à l'anatomie, la physiologie et aux contacts avec le corps) et morales (valeurs et croyances) (Badeau, 1998, cité par Bérard, 2008).

3.1.2 Sexualité : une occupation

La sexualité est abordée par plusieurs disciplines, mais de manière plus importante par la sexologie, soit la discipline qui étudie la sexualité humaine (OSPQ, 2021). En ergothérapie,

la sexualité est considérée comme une occupation, voire comme une activité de la vie quotidienne (AOTA, 2020). L'Association américaine des ergothérapeutes définit les activités sexuelles ou plutôt la participation à cette occupation comme « un engagement dans les vastes possibilités d'expression sexuelle et expériences avec soi-même ou avec les autres (ex : étreintes, baisers, préliminaires, masturbation, sexe oral, rapports sexuels) » [traduction libre] (AOTA, 2020, p. 30). La sexualité est donc une occupation à part entière (Fouché, 2014; Walker et coll., 2020) dont on peut qualifier l'engagement et le rendement, selon la définition de la sexualité de la personne. Lors de l'élaboration de leur cadre conceptuel, l'*Occupational Therapy Sexual Assessment Framework* (OTSAF) et leur outil d'évaluation ergothérapique de la sexualité, Walker et ses collaborateurs (2020) ont identifié différentes composantes de la pratique sexuelle qui peuvent être abordées en ergothérapie (voir la Figure 1).

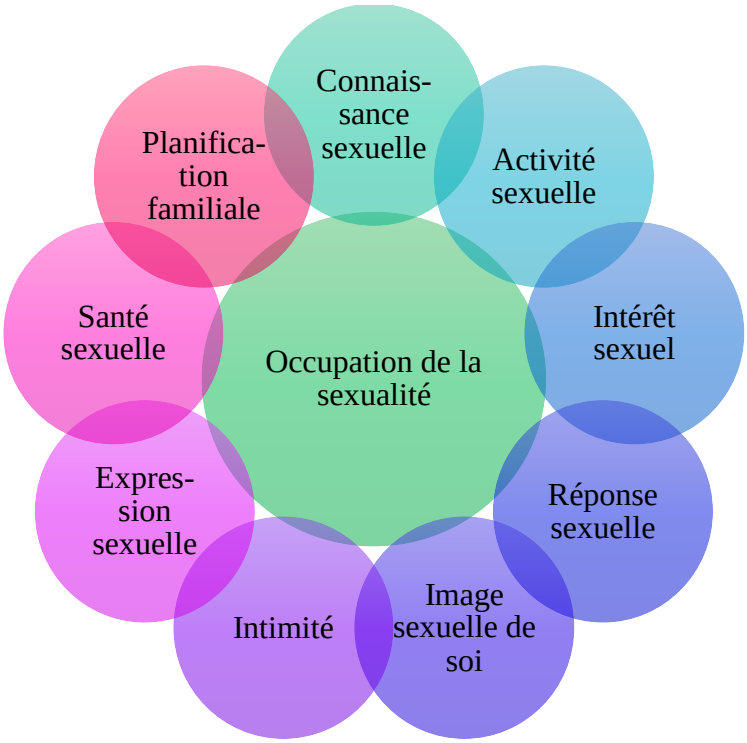

Figure 1. Composantes de l'occupation qu'est la sexualité, inspiré de la conception de la sexualité de Walker et ses collaborateurs (2020)

Sans définir l'ensemble de ces composantes, la Figure 1 rappelle que l'occupation qu'est la sexualité est complexe et couvre un large éventail d'aspects. En effet, la sexualité ne se limite pas aux seuls actes sexuels, mais comprend les aspects affectifs, éthiques et relationnels (MEQ

et MSSS, 2003). Au Québec, la sexualité est perçue comme multidimensionnelle, ce qui est cohérent avec la définition de l'OMS. Cette vision globale est en accord avec une vision holistique de la santé, de la personne et de l'occupation, telle que valorisée en ergothérapie (Haboubi et Lincoln, 2003; MEES, 2018). Finalement, la sexualité est une occupation puisqu'elle correspond à ce que des humains réalisent dans leur quotidien.

3.2 Éthique et enjeux éthiques

3.2.1 Concept d'éthique

Les enjeux éthiques découlent d'un concept plus large et plus complexe, soit celui d'éthique, d'où la pertinence de le décrire ici brièvement. L'éthique est une discipline philosophique qui s'intéresse aux actions humaines (individuelles, institutionnelles et sociales) et aux normes sociales qui encadrent celles-ci, de façon à réfléchir et à porter un regard critique sur ces actions et normes (Drolet, 2014a). L'éthique étudie ce faisant les valeurs, les vertus et les principes au fondement des actions et des normes, et ce, du point de vue de la justice et d'autres valeurs sociales estimées légitimes et désirables (Drolet, 2014a).

Bien qu'elle ne soit pas la seule discipline à se pencher sur ce qui est bon et juste (la morale, le droit et la déontologie font aussi cela), l'éthique peut soutenir la personne, l'institution et la société désireuse de prendre des décisions justes et bonnes dans des situations concrètes. L'éthique se distingue tout d'abord de la morale. La morale, provenant de la religion ou des us et des coutumes, propose des valeurs et des règles qui régissent les actions des individus de manière quasi absolue, car ces valeurs et règles sont généralement liées à des dogmes. Contrairement à la morale, l'éthique relève de la rationalité, plutôt que de la spiritualité, et fait appel au jugement critique et à la remise en question de ce qui est pris pour acquis, de ce qui est considéré comme absolu, incontestable (Drolet, 2014a).

L'éthique se distingue également du droit, lequel correspond à un ensemble de règles juridiques (lois) édicté par un État qui dicte les actions des individus, déterminant ainsi ce qui est permis, obligatoire ou interdit de faire. De plus, un système de punitions y est associé, lequel réprimande les individus qui sont estimés coupables de ne pas avoir obéi aux lois. L'éthique, à

l'inverse, n'est pas sous une quelconque autorité, qu'elle soit religieuse ou politique, et n'est aucunement liée à un arsenal de punitions (Drolet, 2014a).

Enfin, l'éthique se distingue aussi de la déontologie professionnelle, laquelle découle du droit et non pas de la philosophie. La déontologie professionnelle « correspond à un ensemble de règles qui énonce des devoirs professionnels » (Drolet, 2014a, p. 35). Le code déontologique a notamment pour but de protéger les droits et intérêts des clients. Ainsi, un professionnel peut être puni s'il ne respecte pas les règles de son code déontologique. Bien que l'éthique influence dans une certaine mesure les lois et les codes déontologiques, l'éthique ne saurait être réduite au droit et à la déontologie professionnelle, puisque l'éthique peut être considérée comme une réflexion rationnelle et critique sur la morale, le droit, la déontologie professionnelle ainsi que sur les valeurs, les vertus et les principes qui devraient, dans un monde idéal, guider les actions humaines (Drolet, 2014a).

Ainsi, bien qu'il n'existe pas de définition universelle de l'éthique (Drolet, 2014a), cette discipline philosophique peut être définie comme :

> Une conception du bien, du juste, du vertueux qu'adopte une personne sur la base de ses expériences, de ses réflexions et de ses valeurs. Celle-ci oriente et influence ses attitudes et ses comportements, la force même parfois "à entrer en conflit avec le code déontologique de [sa] profession, ou avec la morale acceptée par la société dans laquelle [elle] vit" (St-Jean, 1994, p. 17), voire avec une ou des lois (Drolet, 2014a, p. 40).

3.2.2 Typologie des enjeu éthique

Un enjeu éthique est une situation dans laquelle des valeurs importantes sont présentes et dont le respect est compromis (Swisher et coll., 2005). Un enjeu peut survenir dans le contexte de la pratique professionnelle (Drolet, 2014a). Swisher et ses collaborateurs (2005) ainsi que Fulford (2004) ont défini plusieurs types d'enjeux éthiques que les individus, dont les ergothérapeutes, peuvent rencontrer au quotidien. Les définitions, listées au Tableau 1 ci-dessous, de ces enjeux sont inspirées de ces auteurs.

Tableau 1
Définitions des types d'enjeux éthiques selon Swisher et coll. (2005) et Fulford (2004)

Types d'enjeux éthiques	**Définitions**	**Auteurs**
Dilemme éthique	Situation au sein de laquelle au moins deux possibilités d'actions distinctes s'offrent à une personne, lesquelles se fondent sur des valeurs différentes ou remplissent des devoirs différents, mais une seule action peut être réalisée, confrontant ainsi la personne à un choix déchirant.	Swisher et coll. (2005)
Détresse éthique	Situation au sein de laquelle la « bonne » action ou l'action juste est identifiée par une personne, mais ne peut être réalisée par manque d'autorisation ou d'autonomie. Elle peut parfois être aussi une « complication » des autres types d'enjeux éthiques, c'est-à-dire que la mise en œuvre de la décision éthique souhaitable n'est pas possible.	
Tentation éthique	Situation où deux possibilités d'actions différentes s'offrent à une personne : une « bonne » (juste) et une « mauvaise » (injuste) et où la mauvaise option apporte un bénéfice à la personne qui doit faire le choix, ce qui la pousse à réaliser la « mauvaise » action.	
Silence éthique	Situation dans laquelle des valeurs sont bafouées, mais personne n'en parle pour différentes raisons. Elle peut être la résultante d'une détresse éthique.	
Aveuglement éthique	Situation non perçue par une personne qui bafoue des valeurs.	Fulford (2004)
Myopie éthique	Situation où une personne impose ses croyances aux autres pour différentes raisons, compromettant ainsi le respect de valeurs.	

En bref, les enjeux éthiques sont des situations qui mettent en péril le respect de valeurs importantes qui devraient présider l'existence humaine. La pensée critique et rationnelle qu'est l'éthique peut permettre à une personne de prendre une décision plus éclairée, bonne et juste.

3.3 Justice et injustice occupationnelles

3.3.1 Concept de justice occupationnelle

Avant d'aborder les injustices occupationnelles, il est important de définir le concept de justice occupationnelle, car les injustices occupationnelles sont sous-jacentes à ce concept. Cela dit, il n'existe pas de définition claire et précise de la justice occupationnelle. Aucun consensus conceptuel n'existe à ce jour chez les auteurs (Larivière et coll., 2019). Ce concept est toujours en évolution actuellement. La justice occupationnelle est donc reconnue comme une théorie évolutive (Larivière et coll., 2019).

La justice occupationnelle est un concept qui a été développé originalement par Wilcock, en 1998 (Townsend et Wilcock, 2000; Wilcock, 2006). Ce concept se base sur la croyance que

l'être humain est un être occupationnel (Drolet, 2014b; Durocher et coll., 2014; Hocking, 2017; Wilcock et Townsend, 2000). Il s'ajoute à cela que la réalisation des occupations dépend du contexte, c'est-à-dire des systèmes politiques et organisationnels (Hocking, 2017; Wilcock et Townsend, 2000), en plus des caractéristiques personnelles de l'individu (Hocking, 2017). Finalement, s'engager dans des occupations signifiantes améliore la santé des individus (Hocking, 2017). Définie par Larivière et ses collaboratrices (2019), qui se sont inspirées de Durocher et ses collaborateurs (2014), la justice occupationnelle est, dans cet essai, définie comme « un principe éthique visant à reconnaître et à promouvoir le droit de tous d'avoir accès équitablement à des conditions de vie qui leur permettent de s'engager dans des occupations variées et signifiantes » (p. 138). En d'autres termes, il s'agit du droit occupationnel de toute personne d'obtenir des opportunités pour s'épanouir dans la réalisation d'occupations qui sont nécessaires à sa santé et son bien-être, en outre parce qu'elles sont signifiantes pour elle (Durocher et coll., 2014; Hammel, 2017).

Bien qu`à ce jour, les liens entre la justice occupationnelle et la justice sociale ne soient pas clairement définis, il est possible d'affirmer que la justice occupationnelle est une forme de justice sociale (Larivière et coll., 2019) ou que la justice occupationnelle découle de la justice sociale (Hocking, 2017). Tandis que la justice sociale en tant que justice distributive concerne la répartition de la richesse, des opportunités sociales qui sont offertes aux personnes ainsi que la manière dont les personnes sont en relation, la justice occupationnelle concerne plus spécifiquement la répartition des opportunités occupationnelles offertes aux personnes et aux groupes au sein d'une société (Larivière et coll., 2019). En d'autres mots, « pendant que la justice sociale adresse les relations sociales et les conditions sociales de la vie, la justice occupationnelle adresse ce que les personnes font dans leurs relations et leurs conditions de vie » (Wilcock et Townsend, 2000, p. 84). Lorsque la justice occupationnelle n'est pas respectée ou mise en œuvre, des injustices occupationnelles apparaissent.

3.3.2 Typologie des injustices occupationnelles

Lorsqu'une personne n'a pas l'opportunité de s'engager dans une occupation signifiante ou nécessaire à sa santé et son bien-être, en raison du contexte social ou sociétal dans lequel elle vit, cette personne vit une injustice occupationnelle (Larivière et coll., 2019). Cela se produit

lorsque les opportunités occupationnelles offertes aux personnes ne respectent pas les valeurs d'égalité ou d'équité. En bref, l'injustice occupationnelle se produit lorsque des facteurs externes à l'individu empêchent sa participation à des occupations (Kirsh, 2015, cité par Larivière et coll., 2019). Il existe cinq types d'injustices occupationnelles. Elles seront expliquées plus en détail ici-bas.

D'abord, la privation occupationnelle est le type d'injustices occupationnelles le plus présent dans les études (Durocher et coll., 2014; Larivière et coll., 2019). En raison de facteurs externes et hors du contrôle de l'individu, celui-ci se voit empêcher de réaliser une ou des occupations valorisées, nécessaires ou signifiantes, et ce, pendant une période prolongée (Hocking, 2017; Larivière et coll., 2019; Whiteford, 2000, cité par Durocher et coll., 2014). Elle peut être également la conséquence d'autres injustices occupationnelles.

Ensuite, le déséquilibre occupationnel se produit lorsqu'une personne consacre un temps considérablement élevé ou bas à une occupation, au détriment d'autres occupations (Stadnyk et coll., 2010, cité par Durocher et coll., 2014), et ce, en raison de contraintes externes à sa personne. Ce type d'injustice se distingue du concept d'équilibre occupationnel décrit comme étant l'agencement idéal des occupations d'une personne selon celle-ci (Polatajko et coll., 2013). Le déséquilibre occupationnel est provoqué par des manques d'opportunités (Durocher et coll., 2014) ou « des demandes de travail excessif, de paresse forcée ou de responsabilités lourdes pour prendre soin de l'environnement, des personnes dépendantes de soi ou de soi-même » [traduction libre] (Hocking, 2017, p. 33). Cette injustice correspond donc à un déséquilibre imposé par des facteurs externes à l'individu et apporte des conséquences négatives sur ce dernier (Larivière et coll., 2019).

De son côté, l'aliénation occupationnelle se produit lorsque les choix occupationnels offerts à l'individu ne sont pas arrimés avec son plein potentiel ou ses valeurs. Ainsi, la personne est contrainte à participer à des occupations dévalorisantes ou insignifiantes pour elle, ce qui l'amène à ressentir une perte de sens et d'épanouissement (Larivière et coll., 2019), une déconnexion (Townsend et Wilcock, 2004, cité par Durocher et coll., 2014) ainsi qu'un

sentiment d'incapacité d'atteindre ou de maintenir des occupations importantes et signifiantes pour elle (Wilcock et Hocking, 2015, cité par Hocking, 2017).

Par ailleurs, la marginalisation occupationnelle correspond à une exclusion de certaines occupations sur la base de discrimination envers un individu ou un groupe (Hocking, 2017). Cette marginalisation est due aux normes sociales et aux attentes implicites de la société associées négativement à l'individu (Durocher et coll., 2014). Cela résulte en un manque d'opportunités (Larivière et coll., 2019) ou en un accès moindre à des ressources (Hocking, 2017) pour la personne marginalisée voulant réaliser une ou des occupations.

Enfin, l'apartheid occupationnel est semblable à la marginalisation occupationnelle, mais se produit dans un cadre structurel et systématique (Larivière et coll., 2019). Il se réfère à des opportunités occupationnelles qui diffèrent d'une personne à l'autre (Durocher et coll., 2014) selon « leurs caractéristiques et sociales telles que l'âge, le sexe, le genre, le statut social, les capacités ou les incapacités, l'origine ethnique ou l'orientation sexuelle » (Larivière et coll., 2019, p. 144, inspirée de Krohenberg et Pollard, 2005). Cela résulte en l'exclusion sociale systématique des individus et en le manque d'opportunités de participer à des occupations valorisées en raison des préjugés (Hocking, 2017). Dans l'ensemble des injustices occupationnelles, les individus voient leurs opportunités de s'engager dans des occupations signifiantes ou nécessaires à leur santé et leur bien-être diminuées.

Somme toute, cette section a permis de définir les concepts clés de la présente recherche, soit la sexualité et la santé sexuelle, l'éthique et les enjeux éthiques et, enfin, la justice et les injustices occupationnelles. Ces définitions servent de guide à la recherche et influencent possiblement l'interprétation des résultats, car elles consistent en nos *aprioris* théoriques.

4. MÉTHODES

Les aspects méthodologiques de ce projet de recherche sont présentés dans cette section. Plus précisément, le devis de recherche, l'échantillonnage et le recrutement, les méthodes de collecte des données, la méthode d'analyse des données ainsi que les considérations éthiques sont ici abordés dans cet ordre.

4.1 Devis de recherche

Pour cette recherche, un devis qualitatif d'inspiration phénoménologique descriptive a été employé (Fortin et Gagnon, 2016). Puisque les connaissances relatives aux enjeux éthiques et occupationnels liés à la sexualité, tels que perçus par des ergothérapeutes travaillant auprès d'adultes ayant un problème de santé mentale, sont à ce jour limitées, il s'est avéré approprié d'utiliser ce type de devis qualitatif afin de développer des connaissances dans ce domaine de recherche émergent (De Poy et Gitlin, 2011). En effet, la phénoménologie d'Husserl (1970) permet de rendre compte de l'expérience subjective de personnes d'un phénomène donné, dans ce cas-ci la manière dont des ergothérapeutes ont vécu et interprété les enjeux éthiques et occupationnels en lien avec l'habilitation à la sexualité de leurs clients. La phénoménologie permet en effet de « décrire et […] comprendre la signification de l'expérience pour la personne qui la vit au quotidien (selon sa perception et sa perspective) » (O'Reilly et Cara, 2014, p. 32). Puisque la perception d'ergothérapeutes est au cœur de cette méthode de recherche (Fortin et Gagnon, 2016; O'Reilly et Cara, 2014), celle-ci concordait avec l'objet de la recherche. Elle a permis de décrire l'expérience subjective des ergothérapeutes confrontées à des enjeux éthiques et occupationnels.

4.2 Échantillonnage et recrutement

Les participants ciblés pour constituer l'échantillonnage de cette recherche étaient des ergothérapeutes pratiquant au Québec en santé mentale avec une clientèle adulte, peu importe leur milieu de pratique. Un nombre de 5 à 20 participants est habituellement souhaité pour les études de type phénoménologique comme le suggèrent Fortin et Gagnon (2016), et ce, afin d'obtenir la saturation des données. Toutefois, puisque ce projet de recherche s'inscrit dans le cadre d'une maîtrise professionnelle en ergothérapie, et en raison du caractère exploratoire de

l'étude, l'échantillon visé était de 2 à 4 participants. Les critères d'inclusion pour participer à cette étude étaient : 1) d'être ergothérapeute pratiquant au Québec dans un milieu de santé mentale avec une clientèle adulte, 2) de rencontrer ou non des enjeux éthiques dans le cadre de sa pratique en lien avec l'habilitation à l'occupation qu'est la sexualité chez la clientèle et 3) souhaiter participer à l'étude. Quant à eux, les critères d'exclusion pour ce projet de recherche étaient d'être ergothérapeute pratiquant en santé physique ou avec une clientèle mineure et de ne pas souhaiter prendre part à la recherche. Enfin, il était souhaité que les participants aient eu une formation en éthique.

C'est par l'entremise d'un échantillonnage accidentel (Fortin et Gagnon, 2016) que les ergothérapeutes ont été recrutées pour participer à la recherche. Selon cette méthode non probabiliste, les participantes sont choisies en fonction de leur accessibilité à un lieu et à un moment précis (Fortin et Gagnon, 2016). Puisque cette recherche s'est inscrite dans le cadre d'une maîtrise professionnelle, le temps disponible pour la cueillette de données était restreint. Il était donc important de sélectionner les participants selon leur disponibilité, soit l'un des critères principaux de ce type d'échantillonnage (Fortin et Gagnon, 2016). Une publication sur le réseau social *Facebook*, dans le groupe *Ergothérapie Québec*, a été réalisée en présentant un résumé de la recherche (voir l'Annexe A). Une personne a répondu à cette invitation. Il a donc été décidé de demander à la participante de partager l'invitation à prendre part à la recherche à son entourage, effectuant ainsi un échantillonnage par réseau pour augmenter le nombre de participants (Fortin et Gagnon, 2016). Cette même participante a suggéré la publication de l'invitation dans un autre groupe, nommé *Ergothérapie santé mentale Québec*. La même publication a donc été publiée dans ce groupe puisque ses membres correspondaient davantage aux critères de sélection et d'inclusion des participants à l'étude. Les ergothérapeutes intéressées à participer au projet de recherche étaient invitées à communiquer avec l'étudiante-chercheuse, et ce, par courriel. Trois autres participantes ont ainsi été recrutées. La lettre d'information (voir l'Annexe B), le questionnaire sociodémographique (voir l'Annexe C) ainsi que le guide de l'entrevue (voir l'Annexe D) étaient ensuite envoyés aussi par courriel afin d'obtenir le consentement libre et éclairé des participantes. Lorsque le consentement était signé, les participantes ont été contactées pour la prise de rendez-vous.

4.3 Collecte de données

4.3.1 Questionnaire sociodémographique

Un questionnaire permettant de recueillir des informations nominales sur les participantes a été remis par courriel à chacune des participantes avant la rencontre dédiée à l'entrevue. Plus précisément, ce questionnaire a permis de documenter les caractéristiques personnelles des participantes, leur formation ainsi que leur expérience professionnelle. Les données pouvant permettre d'identifier les participantes n'ont pas été diffusées afin de conserver la confidentialité de ces dernières. Sa complétion a été d'une durée d'environ 5-10 minutes au moment et à l'endroit choisis par la participante.

4.3.2 Entrevue individuelle semi-dirigée

Une entrevue individuelle semi-dirigée d'une durée d'environ 60-90 minutes, réalisée sur une plateforme de vidéoconférence telle que *Zoom* au moment convenu entre la participante et l'étudiante-chercheuse a été l'outil privilégié pour recueillir les données qualitatives de la recherche. L'entrevue est d'ailleurs le moyen de collecte de données associé au devis d'inspiration phénoménologique descriptif (Fortin et Gagnon, 2016; Giorgi, 1997; O'Reilly et Cara, 2014). Le schéma de l'entrevue contenait trois sections (voir l'annexe D). La première constituait en une mise en contexte avec des questions consacrées à l'occupation qu'est la sexualité. Les deux autres sections de l'entrevue portaient sur les enjeux éthiques et occupationnels liés à la sexualité ainsi que les manières de solutionner de les enjeux. L'entrevue comportait des questions ouvertes afin que les ergothérapeutes puissent librement partager leurs perceptions des enjeux éthiques et occupationnels que soulève l'habilitation à la sexualité et des manières de les surmonter. Ce type de questions a permis aux participants de décrire abondamment leurs expériences selon leur perspective (Giorgi, 1997). Puisque l'entrevue visait à décrire les représentations qu'ont des ergothérapeutes des objets interrogés, les questions ouvertes non directives étaient privilégiées. À la fin, des échanges entre l'étudiante-chercheuse et chacune des participantes ont été réalisés afin d'enrichir les réponses et de partager quelques contenus retenus dans la recension des écrits (ex. stigmatisation, expérience personnelle sur la sexualité, sanisme et médication). Cet échange s'est effectué à la fin des entretiens afin de respecter l'attitude de mise de côté prôner par la phénoménologie (Giorgi, 1997; Husserl, 1970;

O'Reilly et Cara, 2014). Les entrevues ont été enregistrées sur une bande audionumérique et les verbatim transcrits aux fins de l'analyse des données (Giorgi, 1997).

4.4 Analyse des données

L'analyse inductive des données qualitatives récoltées par l'entremise des verbatim a été réalisée selon les étapes proposées par Giorgi (1997), une méthode d'analyse spécifique au devis phénoménologique d'Husserl. Les étapes réalisées furent les suivantes : 1) la collecte des données narratives; 2) la lecture répétée des données collectées; 3) la création graduelle des unités de sens; 4) l'organisation et la formulation des données dans le langage disciplinaire; et 5) la synthèse des résultats (O'Reilly et Cara, 2014). Cette méthode s'apparente à l'analyse thématique (Fortin et Gagnon, 2016), en ceci qu'il s'agit de faire émerger les grands thèmes qui se dégagent des entretiens réalisés avec les participantes. Les entrevues ont permis de réaliser la première étape (étape 1 de Giorgi, 1997). Afin de réaliser l'étape 2, les bandes audionumériques ont été transcrites intégralement. Les verbatim des entrevues ont été relus une première fois afin de s'imprégner du discours et de l'expérience des participantes (étape 2 de Giorgi, 1997). Par la suite, des unités de significations ont été relevées lors de la deuxième lecture des verbatim (étape 3 de Giorgi, 1997). Cette même étape a été répétée afin d'y associer le langage disciplinaire et d'organiser les unités de sens en catégories (étape 4 de Giorgi, 1997). Après plusieurs relectures des verbatim et des unités de sens, les résultats ont été hiérarchisés en fonction de ceux qui sont pertinents et essentiels à l'étude du phénomène de ceux qui ne le sont pas (étape 5 de Giorgi, 1997). Cette méthode d'analyse des propos a donc permis de faire ressortir le sens que les ergothérapeutes attribuent aux enjeux éthiques et occupationnels liés à la sexualité chez des adultes ayant un problème de santé mentale ainsi qu'aux manières de les résoudre (Kinsella et coll., 2008). Tout au long du processus d'analyse, les préconceptions, les valeurs, les préjugés et les connaissances relatives au phénomène étudié de l'étudiante-chercheuse ont été mis entre parenthèses, de façon à laisser toute la place aux discours des professionnels (Giorgi, 1997, Husserl, 1970; O'Reilly et Cara, 2014). Aussi, tout au long de la recherche, un journal du chercheur a été complété par l'étudiante-chercheuse, de façon à bien documenter chacune des étapes de la recherche et à consigner les impressions de cette dernière de celles-ci. Cela a facilité la distinction entre la description des discours des participantes et l'interprétation de ceux-ci selon les connaissances et les croyances de l'étudiante-chercheuse.

Bien que des discussions aient eu lieu avec la directrice de la recherche afin de valider certaines interprétations d'extraits de verbatim, l'étudiante-chercheuse a réalisé l'analyse des données seule.

4.5 Considérations éthiques

Afin de s'assurer que la réalisation de cette recherche respecte les principes de l'éthique de la recherche, le projet a été évalué et approuvé par le Comité d'éthique de recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et un certificat éthique (CER-21-273-07.20) a été émis en date du 22 février 2021 (voir l'Annexe E). Les données recueillies par cette étude ont été entièrement anonymisées et ne pourront en aucun cas mener à l'identification des participantes. La confidentialité a été assurée en attribuant un chiffre aux participantes. De plus, les données sociodémographiques permettant de les identifier n'ont pas été diffusées. Finalement, les données recueillies par bande audionumérique ont été conservées seulement le temps de la transcription des verbatim, puis supprimées de tout support informatique une fois la transcription terminée. Les données transcrites ont été directement anonymisées et protégées par un mot de passe. L'étudiante-chercheuse ainsi que sa directrice étaient les seules personnes qui avaient accès aux données brutes.

5. RÉSULTATS

Cette section présente les résultats de la recherche, lesquels émergent de l'analyse des données collectées par l'entremise des questionnaires sociodémographiques et des verbatim des entrevues réalisées avec des ergothérapeutes. Tout d'abord, un portrait des caractéristiques sociodémographiques des participantes est dressé. Par la suite, les résultats relatifs aux enjeux éthiques et occupationnels sont décrits. Finalement, les pistes de solutions proposées par les participantes sont exposées. Au cours de l'exposition des résultats, des extraits de verbatim des entrevues sont présentés afin d'illustrer les propos des participantes.

5.1 Portrait des participantes

Quatre ergothérapeutes (n=4) s'identifiant au genre féminin ont participé à l'étude. Comme souhaité, l'ensemble des participantes travaillent en santé mentale dans différents milieux cliniques (ex. externe, hôpital de jour, interne) dans les régions de Montréal (n=2), la Montérégie (n=1) et la Capitale-Nationale (n=1). Au moment de la collecte des données, les participantes étaient âgées entre 26 et 41 ans et avaient comme âge moyen 38 ans. Les participantes possédaient entre 1½ et 17 ans d'expérience professionnelle, pour une expérience professionnelle moyenne de 7,6 ans. Elles détenaient soit une maîtrise (n=3) ou un baccalauréat (n=1) en ergothérapie et l'une d'entre elles avait aussi une formation en psychologie. Toutes ont suivi un cours dédié à l'éthique dans le cadre de leur formation universitaire.

5.2 Perception des ergothérapeutes

La section suivante présente les résultats de l'analyse des propos des participantes à l'étude, en décrivant et illustrant les unités de sens ayant émergé de l'analyse des verbatim. Comme l'illustre la Figure 2, les unités de sens sont les suivantes : 1) la sexualité comme priorité variable pour les clients, 2) l'aisance avec la sexualité, 3) les ressources insuffisantes ou peu accessibles, 4) la sexualité passe sous le silence, et 5) le contexte sociétal. Les sous-catégories liées à chaque unité de sens sont également présentées à la Figure 2.

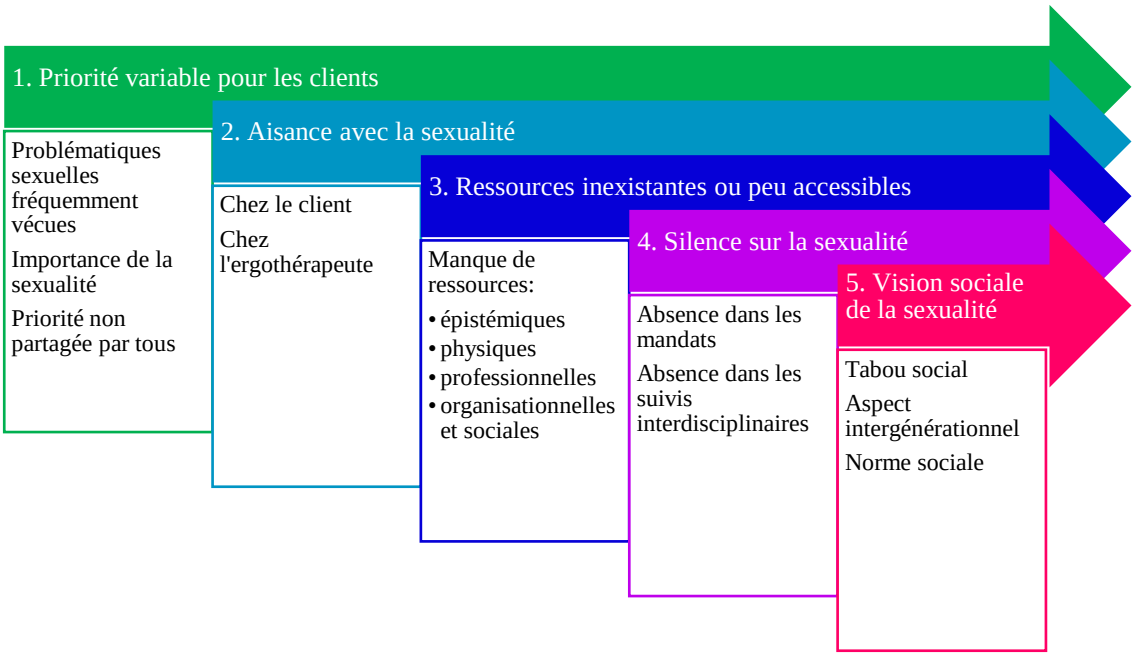

Figure 2. Analyse des propos des ergothérapeutes selon les unités de sens

5.2.1 Priorité variable pour les clients

L'occupation qu'est la sexualité peut être plus ou moins importante pour les individus. Les participantes rapportent que cette occupation prend une place différente et variable chez leurs clients (voir la Figure 3).

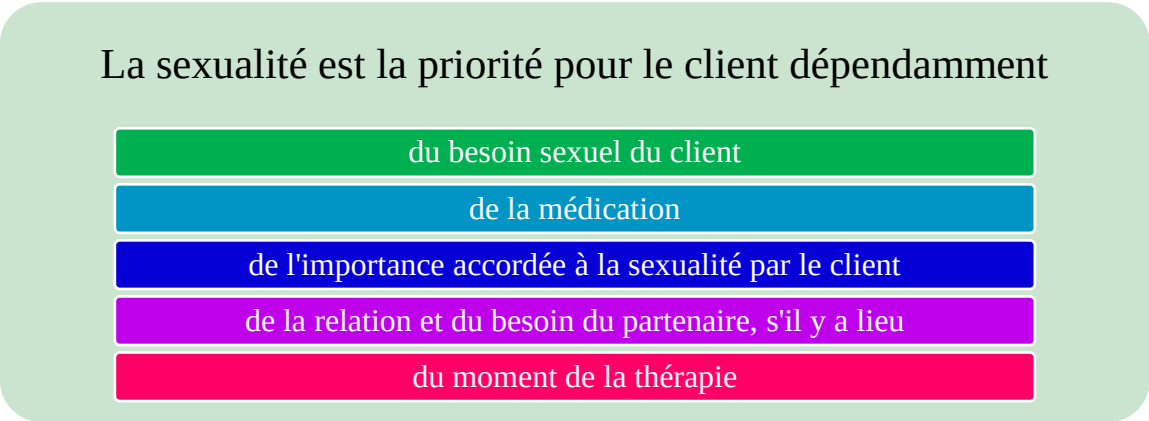

Figure 3. Résumé des facteurs semblant expliquer la variance de la priorité accordée à la sexualité par les clients

5.2.1.1 Problématiques sexuelles fréquemment vécues

Selon les ergothérapeutes, les problématiques de nature sexuelle sont fréquentes chez les clients ayant un trouble de santé mentale. « *Tous mes patients ont des problèmes au niveau de la sexualité* » (participante 1). De plus, les ergothérapeutes rapportent que le problème de santé mentale en soi peut engendrer des changements dans l'occupation qu'est la sexualité, comme des enjeux à long terme, des difficultés fonctionnelles, de problématiques au niveau de l'image corporelle de soi ou une baisse de la libido. Une participante donne un exemple en lien avec le trouble du comportement alimentaire de clientes :

> *J'ai beaucoup de clientes qui ont des troubles alimentaires en plus d'un trouble de la personnalité. Certaines d'entre elles, dont une plus précisément, parlent du manque de libido. J'ai l'impression que c'est assez fréquent chez les personnes qui ont des troubles alimentaires. […] [Il y a aussi] la difficulté avec le corps, d'être nues devant quelqu'un, de se laisser aller* (participante 2).

De façon plus générale, les participantes mentionnent que certains de leurs clients ont des problématiques reliées à la sexualité puisqu'ils présentent des difficultés relationnelles, telles qu'entrer et maintenir une relation. Ces problématiques sexuelles sont présentes si, pour ces personnes, la sexualité doit être réalisée à deux ou à plusieurs. Pour sa part, une participante illustre un isolement provenant de difficultés relationnelles qui entrainent des enjeux liés à la sexualité chez les personnes qui peuvent avoir de la difficulté à constituer et à maintenir des relations intimes : « *Je pense à un client […]. Lui, il va payer pour des relations sexuelles, car il est très isolé. Donc, ce n'est pas pleinement satisfaisant [pour lui]* » (participante 4).

Finalement, les ergothérapeutes mentionnent des exemples de cas dans lesquels elles parlent d'enjeux reliés à la sexualité avec leurs clients, car ceux-ci sont directement reliés à leur trouble de santé mentale. Ces exemples sont reliés à la déviance sexuelle, aux abus sexuels, aux comportements destructeurs, à la difficulté de reconnaître les relations toxiques ou aux comportements sexuels à risque et à la violence conjugale. En somme, les problématiques au niveau de l'engagement dans l'occupation qu'est la sexualité sont fréquentes chez les clients qui ont un problème de santé mentale selon les ergothérapeutes.

Il s'ajoute au problème de santé mentale la médication qui lui est associée. Les ergothérapeutes rapportent que la majorité de leurs clients sont médicamentés et que la

médication engendre souvent une diminution du désir sexuel, de sorte que celle-ci peut être une cause des difficultés reliées à l'occupation qu'est la sexualité pour maints clients. « *Il n'y a pas une médication, à ma connaissance, qui n'affecte pas la libido. C'est l'enfer. Tous mes patients ont des problèmes au niveau de la sexualité* » (participante 1). Deux participantes sont particulièrement préoccupées par les effets secondaires de la médication. Plus précisément, elles expriment que la médication est nécessaire pour la condition et le fonctionnement des clients, mais que l'équipe ne prend pas en compte l'impact de celle-ci sur la sexualité. Elles rapportent également que la sexualité est une cause fréquente de cessation de la médication, qui mène ensuite à une rechute chez les clients concernés. « […] *Certaines personnes ne prennent pas les médicaments, pas parce qu'elles n'ont pas d'autocritique face au sérieux de leur condition, mais parce que, pour elles, c'est plus important d'avoir à ce moment-là cette activité-là [la sexualité], que d'être sain d'esprit* » (participante 3). Selon deux participantes, la médication engendre une injustice occupationnelle de type aliénation. Effectivement, puisque les clients n'ont « pas le choix » de prendre leur médication pour se rétablir, ils se trouvent dès lors privés de désirs sexuels et sont donc amenés, le cas échéant, à pratiquer l'occupation qu'est la sexualité de manière insatisfaisante. Somme toute, les effets secondaires de la médication représentent un facteur qui s'ajoute aux symptômes de la maladie et qui peuvent influencer négativement la sexualité.

5.2.1.2 Importance de la sexualité

Les ergothérapeutes qualifient la sexualité comme une occupation répondant à un besoin important et fréquent pour les clients. Cependant, elles rapportent que plusieurs clients décrivent leur sexualité comme insatisfaisante, en ceci qu'ils n'ont pas assez de sexualité : ils en voudraient plus. Deux participantes perçoivent ce besoin non comblé comme un déséquilibre occupationnel. Une participante illustre l'importance de l'occupation qu'est la sexualité pour ses clients qui présentent des problèmes graves de santé mentale :

> *Ça touche tellement nos patients, autant ceux qui ont une limitation physique que ceux qui ont une limitation en santé mentale. […] Je pense que c'est quelque chose de significatif* (participante 1).

Les ergothérapeutes appuient l'importance accordée à la sexualité par les clients, en affirmant que cette occupation fait partie intégrante de l'existence des êtres humains. Plus

encore, elles rapportent que la sexualité est liée à la santé biopsychosociale de l'individu et, en tant que telle, il s'agit d'une occupation importante pour l'être humain. Les participantes mentionnent également que la sexualité peut être même si importante pour le client qu'elle peut agir comme moteur durant la réadaptation et devenir ainsi un objectif thérapeutique prioritaire. Elles relèvent que la sexualité contribue au bonheur et au rétablissement des personnes.

En ajout du besoin du client, l'importance accordée à la sexualité peut dépendre du partenaire. Effectivement, les ergothérapeutes relèvent l'importance de ce dernier, quand il y en a un, dans les difficultés reliées à la sexualité. Les participantes reconnaissent que la sexualité est un besoin également pour le partenaire du client. Alors, les problématiques reliées à la sexualité que vivent les clients impactent leur relation de couple. « *C'est quelque chose qui amène beaucoup de conflits dans les couples. [Une de mes clientes me disait] : "J'ai des tensions. Mon conjoint voudrait plus, moi ça me ne tente pas"* » (participante 1). Selon les dires de certaines ergothérapeutes, cette discordance entre les besoins du client et ceux de son partenaire crée de la pression chez le client. Le partenaire peut donc faire augmenter, le cas échéant, l'importance accordée à cette occupation par le client. Bref, la sexualité peut être une priorité pour le client en fonction de son besoin, mais aussi celui de son partenaire.

5.2.1.3 Priorité non partagée par tous

Les ergothérapeutes font preuve de nuances dans leur propos face à l'importance accordée à la sexualité par les clients. Effectivement, elles mentionnent que ce ne sont pas toutes les personnes qui sont intéressées par la sexualité. De plus, parfois, il ne s'agirait pas de la priorité du client :

> *Je pense que c'est une occupation qui a une certaine importance, mais c'est important de considérer qu'on ne peut pas prendre pour acquis que si c'est important pour une personne que ça l'est nécessairement autant pour une autre. Pour certaines personnes, ça ne prend pas beaucoup de place dans leur vie. Pour d'autres, ça en prend plus* (participante 2).

D'ailleurs, l'importance accordée à la sexualité par le client dépend de sa vision de cette occupation. En effet, les ergothérapeutes rapportent que les impacts peuvent être perçus différemment selon la définition que le client en fait :

> *Je pense que pour certaines personnes, c'est clairement plus l'aspect d'avoir des gestes intimes, d'avoir des relations sexuelles, de se masturber. Mais pour d'autres personnes, tout ce qui est l'aspect tendresse, l'aspect affection, peut être inclus dans la définition de la sexualité pour une personne. Je pense que ça aussi c'est quelque chose qui varie et qu'il faut tenir compte. Il y en a pour qui ça doit se passer dans leur tête, avec des fantasmes et des désirs, mais qui n'ont pas nécessairement ce besoin-là d'avoir des activités précises et ils sont satisfaits de cette manière* (participante 2).

En outre, selon la participante 4, la vision de la sexualité d'une personne dépend également de sa culture. Alors, cette subjectivité face à la sexualité ainsi que le contexte culturel de la personne peuvent faire en sorte que les difficultés reliées à cette occupation ne sont parfois pas prioritaires pour un client. En dépit de ce qui a été mentionné ci-haut, selon les participantes, la sexualité peut être très importante pour le client, mais il est possible que celle-ci ne soit pas une priorité pour lui au moment de l'intervention. Par exemple, s'il est dans une situation de crise comme être confronté : à des idées suicidaires, à l'évincement de son domicile, à une situation non sécuritaire ou à des comportements destructeurs, il est reconnu par les participantes que ces situations peuvent diminuer l'importance accordée à la sexualité par le client. Dans un même ordre d'idée, la sexualité doit être abordée au bon moment dans le suivi thérapeutique afin de déterminer si le client y accorde ou pas de l'importance à ce moment de leur vie et ainsi déterminer si des interventions doivent ou pas répondre à ces besoins. Cela dit, selon deux participantes, il est important d'avoir créé le lien thérapeutique avant d'aborder ce sujet plus sensible et intime avec les clients.

Finalement, même si elles sont unanimes sur le fait qu'il s'agit d'une occupation qui fait partie intégrante de la vie de tout être humain, les participantes mentionnent que l'importance accordée à la sexualité est variable chez les clients. Son importance peut différer selon les personnes et le moment de la thérapie, mais celle-ci semble être impactée par la maladie, la médication et la relation de couple. Cela suggère que les problématiques reliées à la sexualité devraient être abordées en clinique, selon les ergothérapeutes.

5.2.2 Aisance avec la sexualité

Être à l'aise à discuter de la sexualité dépend de chaque individu, estiment les participantes. L'aisance varie donc autant chez le client que chez l'ergothérapeute. Différents

facteurs sont énoncés par les participantes pouvant contribuer à expliquer ces divers degrés d'aisance.

5.2.2.1 Chez le client

Un client peut être à l'aise de discuter de sexualité. « *C'est une question d'habitude et de confort avec le sujet* » (participante 3). Cette même participante rapporte que certains de ces clients ont abordé par eux-mêmes la sexualité. De plus, la participante 4 mentionne qu'un client qui est à l'aise avec le sujet et qui veut en parler est un facilitateur à la discussion de ce sujet.

D'autre part, les ergothérapeutes mentionnent que certains clients pourraient ne pas être à l'aise à aborder la sexualité dans leur suivi. Certains clients ne voudraient pas en discuter, car comme mentionné précédemment, cela peut ne pas être pertinent pour eux. De plus, deux participantes rapportent que la sexualité peut être un sujet sensible pour les clients et que certaines problématiques pourraient apporter de la honte chez ces derniers.

Finalement, une participante rapporte que l'aisance peut dépendre du genre de la personne et du thérapeute :

> *Les femmes, la perte de libido, on dirait que ça se dit plus facilement, mais quand il y a des problèmes érectiles, les hommes n'aiment pas ça en parler. Il y a comme une gêne. Le fait aussi que je sois une fille […] ça peut gêner les jeunes hommes à parler qu'ils ont des problèmes érectiles* (participante 1).

En somme, les clients peuvent être plus ou moins à l'aise de discuter de l'occupation qu'est la sexualité selon leur confort, leur genre et le genre du thérapeute.

5.2.2.2 Chez l'ergothérapeute

Comme chez le client, les ergothérapeutes peuvent être plus ou moins à l'aise avec le sujet de la sexualité. Dans cette étude, les quatre ergothérapeutes abordent la sexualité dans leur pratique, mais leur degré d'aisance varie pour chacune d'elle. Les ergothérapeutes mentionnent que l'orientation sexuelle des clients n'a pas de conséquences sur leur aisance à aborder ce sujet

en clinique. La Figure 4 résume les facilitateurs et les barrières nommés par les participantes qui influencent leur aisance avec l'occupation qu'est la sexualité.

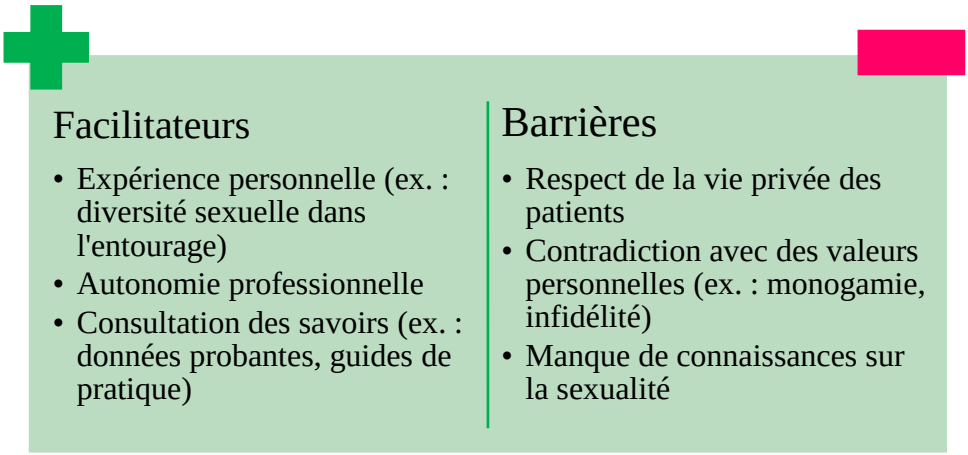

Figure 4. Facilitateurs et barrières à l'aisance avec le sujet de la sexualité chez les ergothérapeutes

Plusieurs facilitateurs ont été identifiés par les participantes pour augmenter leur aisance à parler de la sexualité dans leur pratique. Tout d'abord, l'expérience liée à la sexualité, autant dans leur vie personnelle que professionnelle, aide à être à l'aise avec le sujet. La participante 4 mentionne que son manque d'expérience avec la sexualité fait en sorte qu'elle ne se sent pas outillée et moins à l'aise de parler de ce sujet dans sa pratique. Par la suite, l'autonomie professionnelle est mentionnée par deux ergothérapeutes comme facilitateur. Cela fait en sorte qu'elles peuvent aborder la sexualité de la manière dont elles le préfèrent. Un autre facilitateur est d'avoir des connaissances reliées à l'occupation qu'est la sexualité et à son habilitation. La participante 2 mentionne qu'elle est plus à l'aise dans des sujets qu'elle connait bien. De plus, deux ergothérapeutes se sentent plus outillées et à l'aise d'aborder et de soutenir la sexualité en raison des recherches, des formations et des consultations qu'elles ont effectuées pour développer leurs connaissances et compétences en la matière. Par exemple, elles mentionnent avoir fait des lectures personnelles ou scientifiques, suivi des formations ou consulté un collègue sexologue. Ces recherches effectuées, relatives à des cas complexes, ont amélioré leur sentiment de compétence perçu ainsi que leur aisance avec le sujet et à intervenir pour soutenir la sexualité.

En somme, les participantes rapportent que l'ergothérapeute qui est à l'aise de discuter et de soutenir la sexualité a des impacts positifs sur l'aisance des clients. Elles mentionnent qu'un intervenant à l'aise aide le client à s'ouvrir à la sexualité, mais aussi à d'autres sujets :

> *Ce qui a de bien aussi, c'est que ça ouvre le lien thérapeutique où la personne se sent à l'aise de parler de tout. Les personnes se mettent à parler de leur vie. Ce n'est pas nécessairement autour de la sexualité en général, mais des fois, ils font juste parler de leur enfance, comment ils ont vécu, ça les ramène au moment présent. […] Juste parce qu'on a abordé un sujet qu'ils pensaient qu'on n'allait jamais aborder et ça s'est bien passé entre guillemets* (participante 3).

Être à l'aise avec la sexualité peut donc améliorer le lien thérapeutique entre le thérapeute et le client, en ceci que si la sexualité est importante pour la personne, cette discussion plus intime et plus personnelle apporte de la signifiance aux interventions ergothérapeutiques et nourrit ainsi la relation thérapeutique.

D'un autre côté, les participantes mentionnent que ce ne sont pas tous les intervenants, incluant les ergothérapeutes, qui sont à l'aise avec le fait d'aborder et de soutenir la sexualité. Premièrement, le respect de la vie privée des clients est important pour les intervenantes : « *J'ai l'impression que les gens voient ça comme, puisque c'est dans l'intimité, il ne faut pas se mêler des aspects de l'intimité de la personne, comme si ça nous ne regardait pas* » (participante 2). Une autre participante témoigne aussi de ce malaise en lien avec la vie privée des clients, mais en pointant une autre raison sous-jacente à ce malaise : « *Je pense que c'est un sujet tellement intime que ça ramène à eux-mêmes. Et tu le vois qui est mal à l'aise de parler de ça* » (participante 3).

En outre, les ergothérapeutes mentionnent lors de l'entrevue des situations dans lesquels l'aisance diminue. L'aisance peut varier selon les sujets reliés à la sexualité. En premier lieu, les sujets qui chamboulent des valeurs personnelles, comme le non-respect du consentement ou l'infidélité, peuvent venir affecter les ergothérapeutes et diminuer leur aisance avec le sujet et les interventions qui en découlent. La participante 1 mentionne que ces sujets pourraient engendrer un dilemme éthique. L'aisance peut varier également lorsque les sujets abordés révèlent le manque de connaissances chez le thérapeute et que les pratiques sexuelles des clients

varient de celles du thérapeute. Sur ce dernier point, deux participantes se questionnent sur le travail du sexe.

> *Est-ce que c'est quelque chose qui faudrait éviter? Est-ce que c'est quelque chose de dommageable? Ou c'est quelque chose qui faudrait plus d'ouverture et de considérer que certaines personnes peuvent faire ça de manière consentante, que c'est correct pour elles aussi?* (participante 2)

Cette participante identifie cette situation comme un enjeu éthique, plus précisément un dilemme. D'ailleurs, la participante 1 rapporte des situations semblables avec des collègues, en lien avec des pratiques sexuelles de clients qui diffèrent ce de qui est considéré « normal » pour le thérapeute, comme l'échangisme (couples qui s'échangent des partenaires) et le triolisme (relations sexuelles à trois). S'ajoutent à ces situations celles qui sont liées à une culture ou une religion différente. Sur ce sujet, une participante témoigne de son manque d'aisance avec une cliente juive hassidique :

> *et […] la personne était juive hassidique. Elle avait écrit dans l'évaluation […] : "I have a lot to say about sex", mais je me sentais particulièrement démunie parce que dans cette communauté-là, il y a des règles. C'est comme un devoir : il n'y a pas de plaisir associé. La femme est là pour générer des enfants. Je me sentais peu à l'aise à intervenir dans ce contexte-là. Donc, je ne l'ai pas abordé par la suite. Et elle non plus* (participante 4).

Cette participante a identifié cette situation comme un enjeu éthique pour elle. Enfin, une dernière situation, qui pourrait diminuer l'aisance des ergothérapeutes à aborder et soutenir la sexualité, se présente lorsque le client fait des commentaires séducteurs à leur endroit, lesquels sont considérés inappropriés par les participantes dans le contexte professionnel. En bref, ces situations ont été identifiées comme des enjeux éthiques par les participantes en raison du manque de connaissances sur le sujet ou des pratiques sexuelles qui ne concordent pas avec les valeurs personnelles de l'ergothérapeute.

Pour résumer, plusieurs facteurs peuvent influencer l'aisance du client et de l'ergothérapeute lors de la discussion et de l'habilitation à l'occupation qu'est la sexualité. Les deux acteurs de la relation thérapeutique ont une sensibilité et des valeurs personnelles différentes liées à la sexualité, ce qui influence l'ergothérapie dans son choix d'aborder ou non la sexualité dans ses évaluations ou interventions. D'ailleurs, une conclusion qui semble émerger des résultats est que l'ergothérapeute décide en premier lieu si la sexualité est abordée

dans le suivi, et non le client. En d'autres mots, que le client soit à l'aise ou non, cela dépend davantage de l'aisance de l'ergothérapeute avec le sujet de la sexualité.

5.2.3 Ressources inexistantes ou peu accessibles

Les participantes rapportent un manque de ressources pour leur permettre de soutenir adéquatement la sexualité. La participante 2 rapporte d'ailleurs un manque de ressources en général en santé mentale qui peut être associé à un sentiment d'épuisement lié aux efforts faits pour en obtenir davantage.

5.2.3.1 Manque de ressources épistémiques

Les participantes se sont exprimées sur le manque de ressources épistémiques, c'est-à-dire le manque de ressources savantes ou relevant du savoir. L'ensemble des participantes mentionnent ne pas se sentir outillées ou peu outillées en raison du manque de connaissances disponibles sur l'habilitation à la sexualité en ergothérapie. Deux ergothérapeutes mentionnent qu'il y a peu de données probantes dans la littérature scientifique sur le sujet. Cela peut diminuer leur aisance à soutenir la sexualité en pratique. Une participante soulève un manque de données probantes discutant des interventions spécifiques en ergothérapie en lien avec la sexualité :

> *Je ne peux pas intervenir comme j'interviendrais avec mon ami. […] Ce n'est pas basé sur des données probantes. Tant que ce n'est pas démontré ou qu'il n'a pas une démarche thérapeutique derrière, je ne suis pas à l'aise. C'est ça dans n'importe quel domaine d'interventions* (participante 4).

De plus, l'ensemble des ergothérapeutes rapportent ne pas avoir eu de formations sur l'habilitation à la sexualité. La sexualité n'a pas été abordée dans la formation universitaire pour trois participantes et peu abordée pour l'autre participante. Elles rapportent que cela contribue à diminuer leur sentiment de compétence perçu. La participante 4 mentionne également qu'elle a de la difficulté à trouver des formations continues sur la sexualité en ergothérapie. De son côté, la participante 1 mentionne qu'elle manque de temps pour se former dans le cadre de sa pratique.

Ainsi, le manque de données probantes ainsi que de formations fait en sorte que les participantes mentionnent être peu outillées pour soutenir (aborder, évaluer, intervenir, discuter,

etc.) la sexualité des clients, et ce, même chez les ergothérapeutes participantes qui se disent à l'aise d'aborder le sujet en clinique et qui le font d'emblée.

5.2.3.2 Manque de ressources physiques

En plus du manque de ressources épistémiques, c'est-à-dire relatives aux connaissances, les participantes discutent du manque de ressources physiques, notamment en contextes hospitaliers. En effet, le manque de locaux privés, autant pour aborder la sexualité avec le client que pour que ce dernier puisse réaliser des activités sexuelles, est mis en lumière par des participantes. Selon l'ensemble des participantes, il est impossible à l'hôpital pour les clients de s'engager dans des activités sexuelles, puisque les pratiques sexuelles ne sont pas permises dans ces lieux d'hébergement. Il en est de même pour les centres d'hébergement et les établissements de santé en général, selon les ergothérapeutes. Selon la participante 3, il n'y a pas de locaux disponibles, de lieux suffisamment intimes et parfois d'accès à Internet. Les quatre ergothérapeutes perçoivent ce manque d'accessibilité à des lieux propices aux activités à caractère sexuel comme une injustice occupationnelle, plus précisément comme une privation occupationnelle, puisque les règles de l'établissement empêchent les personnes de réaliser une occupation qui peut leur être signifiante et contribuer à leur rétablissement.

> *Des fois, ils n'ont pas le droit de sortie au début, des fois ils sont deux par chambre. […] Si une personne est hospitalisée, a envie de se masturber, où est-ce qu'elle va le faire, qu'est-ce qu'elle fait? En étant deux par chambre ou en étant privé de sortie, ça c'était l'exemple qui me venait en tête. Ou […] il y a des clients dans des résidences de groupe. Tout l'aspect de ne pas avoir de lieu intime, où qu'ils sont sûrs que jamais personne ne va rentrer dans leur chambre, qu'un intervenant peut rentrer à n'importe quel moment… Est-ce qu'ils ont droit d'amener un copain ou une copine? C'est sûr que ça, ce sont des choses qui ne sont pas très bien vues* (participante 2).

D'ailleurs, la participante 3 rapporte que certaines pratiques apportent un enjeu concernant certaines mesures de contrôle. En effet, on peut respecter la personne en voulant fermer les portes et les barrer de l'extérieur, mais cela engendre une mesure de contrôle. Pour résumer, les environnements physiques ne permettent pas d'avoir l'intimité nécessaire pour discuter de la sexualité et pour pratiquer cette occupation.

5.2.3.3 Manque de ressources professionnelles

En plus du manque de ressources physiques, trois participantes relèvent un manque de ressources professionnelles, principalement dans le domaine de la sexologie. Elles mentionnent qu'il n'a pas de sexologue dans leur équipe et donc qu'elles et leurs collègues n'ont pas accès à la collaboration avec ce professionnel qui serait le mieux placé pour les aider à soutenir la sexualité étant donné leur champ d'expertise. En d'autres mots, les ergothérapeutes reconnaissent leur apport ergothérapique dans l'habilitation à la sexualité, mais sont conscientes que des sexologues pourraient être des professionnels de choix dans les situations complexes. La participante 1 mentionne qu'il s'agit d'une détresse éthique pour elle. D'ailleurs, les participantes rajoutent que les références en sexologie dans le système public sont difficiles, car les critères d'accessibilité sont très spécifiques, soit avoir un trouble mental sévère. Dès lors, les clients doivent aller consulter au privé et les ergothérapeutes mentionnent que ces services sont souvent trop dispendieux pour leur clientèle. En raison de cette difficulté d'accessibilité aux services sexologiques, les ergothérapeutes témoignent d'un sentiment d'impuissance à l'égard de ce vide de services. « *En ce moment, on n'a pas de place où référer quand ça va au-delà de nos compétences* » (participante 4). Cette participante ainsi que la participante 2 mentionnent une certaine détresse éthique, en ceci que des contraintes organisationnelles nuisent à la réponse adéquate aux besoins légitimes des clients. Une participante ajoute sur ce sujet : « *Je suis la seule intervenante qu'ils ont. Si je ne le fais pas avec eux, il n'y a personne d'autre qui va le faire* » (participante 1).

5.2.3.4 Manque de ressources organisationnelles et sociales

Une participante rapporte que l'établissement pour lequel elle travaille limite les services offerts à la clientèle, en fonction de certaines pratiques sexuelles considérées comme inacceptables. En effet, un cadre de traitement où des balises cliniques sont énoncées est mis en place. Si les clients pratiquent le travail du sexe ou adoptent des comportements destructeurs, ce cadre empêche les clients d'avoir accès à des services qui pourraient répondre à leurs besoins, ce qui consiste en des pratiques organisationnelles discriminatoires.

> *J'ai plusieurs collègues qui appliquent ce cadre-là de manière plus rigide. Ça peut être une barrière parce que, par exemple, certaines pourraient dire qu'il faut que le travail du sexe soit complètement arrêté avant de poursuivre une*

> *psychothérapie. […] Moi, je trouve ça important d'aller voir la vision de la personne et de ne pas mettre tout le monde dans le même bateau, dans le même panier. Mais, dans mon milieu, il y a quand même cette rigidité-là chez certains, comme "ça c'est bien, ça ce n'est pas bien, ça, il faut arrêter ça, ça c'est permis"* (participante 2).

Enfin, deux participantes notent le manque d'opportunités occupationnelles ainsi que de soins et de services pour des clients, en raison de leur contexte de vie sociodémographique défavorable, notamment de leur faible revenu. Autrement dit, les inégalités sociales influent sur la réponse adéquate aux problématiques sexuelles vécues par les clients en situation de pauvreté.

> *C'est lié aussi à la pauvreté. Des fois, on va dire ''va te laver'', mais la personne n'a pas d'argent pour s'acheter du savon. ''Va te trouver un job, va dater sur des sites'', mais la personne n'a pas accès à Internet, il n'a pas d'endroit où socialiser* (participante 3).

Ceci est perçu par deux participantes comme une injustice occupationnelle de type privation, puisqu'en raison de leur contexte de vie, les clients n'ont pas les mêmes opportunités de s'engager dans l'occupation de la sexualité de manière saine et satisfaisante. Par ailleurs, ils peuvent ne pas avoir accès à des services de sexologie qui les aideraient à réduire cette injustice.

Pour résumer, des barrières de plusieurs natures reliées aux manques de ressources rendent plus difficile l'habilitation à l'occupation qu'est la sexualité en santé mentale selon les participantes. Des ressources épistémiques, physiques, professionnelles et organisationnelles et sociales sont discutées par les participantes et ont un impact négatif sur les clients et l'habilitation à la sexualité en ergothérapie.

5.2.4 Silence sur la sexualité

Selon les participantes, la sexualité passe souvent sous le silence lors des suivis en ergothérapie. Bien que l'aisance et les ressources aient leur rôle à jouer comme mentionné antérieurement, cette occupation ne semble pas être prioritaire dans le système de santé en général.

5.2.4.1 Absence dans les mandats

Selon les participantes, la sexualité se retrouve rarement dans les mandats donnés à l'ergothérapeute, autant ceux de l'équipe qui justifient la référence en ergothérapie, que les mandats formulés par l'ergothérapeute. En ce qui concerne l'équipe, une participante témoigne des raisons nommées par l'équipe qui font en sorte que la sexualité n'est pas considérée comme une priorité dans le traitement : « *C'est normal que ce ne soit pas vu comme une priorité quand on a devant nous, par exemple, une personne pas stable médicalement. La priorité, c'est qu'elle va rester assez consciente et en contact avec la réalité* » (participante 3). Les participantes rapportent également que la sexualité ne fait pas nécessairement partie des demandes de services qui leur sont envoyées et donc n'est pas dans leur mandat. Cette absence est même vue comme une détresse éthique par la participante 3. D'ailleurs, les participantes témoignent que le contexte et le milieu peuvent faire en sorte que la sexualité n'est pas prioritaire.

> *Si je travaillais sur l'unité d'hospitalisation, mon but serait de voir si la personne fonctionne bien pour qu'elle puisse retourner à domicile. Est-ce que je prendrais la peine de poser cette question-là?* […] *Je pense que dans certains contextes, c'est moins pertinent de l'aborder à l'évaluation […]. C'est sûr que quand on est dans des suivis plus longs, avec plus de temps et plus de latitude, je pense que ça peut être intéressant de l'ouvrir* » (participante 2).

Alors, selon elles, les suivis plus courts donnent moins de chance et seraient moins pertinents ou propices pour aborder la sexualité avec les clients.

D'autres raisons expliquent l'absence de la sexualité dans les mandats ergothérapiques. D'abord, selon la participante 3, plusieurs facteurs diminuent la possibilité d'agir en tant qu'agent de changement, à savoir la pression de la gestion sur le travail de l'ergothérapeute (ex. de voir toujours plus de clients) et le questionnement de sa pratique par les pairs (ex. l'utilisation d'une évaluation moins connue par ses pairs). « *Ce sont des choses qui ne sont pas forcément demandées par le reste de l'équipe, soit qu'ils n'ont pas de temps, soit ce n'est pas la priorité. Ce n'est pas ça le mandat dans un hôpital non plus* » (participante 3). Également, cette participante identifie cette situation comme un dilemme éthique. Ensuite, d'autres participantes nomment comme facteur la méconnaissance du rôle de l'ergothérapeute en lien avec l'habilitation à l'occupation qu'est la sexualité. Plus précisément, elles mentionnent que la différence entre le rôle de l'ergothérapeute en lien avec la sexualité et le sexologue est floue, et

ce, même chez les ergothérapeutes. Cela apporte des questionnements chez une participante sur sa pratique : « *Je trouve que c'est tellement important. Je te dirais que c'est ça ma barrière, de toujours me questionner sur : "Est-ce que je suis encore dans mon rôle d'ergo? Est-ce que je suis en train de devenir sexologue?"* » (participante 1). Cette participante a identifié cette barrière comme un enjeu éthique de type détresse. Une autre participante, de son côté, illustre cette méconnaissance chez le client :

> *Souvent, ça ne va pas être la priorité dans mes dossiers. C'est peut-être à cause des défis perçus par les clients qui sont différents ou ce n'est peut-être pas non plus leurs idées de ce qui pourrait travailler avec nous. Et nous, on ne présente pas le programme comme on peut parler de la sexualité. On le présente comme un programme de réadaptation et qu'on vise que tu sois satisfait dans la vie. C'est un programme de réadaptation psychosociale. Donc, on vise l'intégration communautaire. Alors les gens, je ne pense pas qu'ils pensent à la sexualité non plus quand on présente le programme* (participante 4).

Toutefois, malgré la méconnaissance du rôle spécifique de l'ergothérapeute en lien avec l'habilitation à la sexualité, trois participantes sur quatre identifient des interventions qu'elles pourraient faire pour actualiser ce rôle, soit : a) guider les clients à travers les sites de rencontres, b) améliorer la sexualité dans le contexte des responsabilités parentales (ex. horaire, environnement) ainsi que c) faire de l'enseignement sur les pensées réalistes (ex. voir la situation telle qu'elle est, pas négativement et pas idéalement) et sur les symptômes qui influencent la sexualité.

5.2.4.2 Absence dans les suivis interdisciplinaires

À la lumière de ce qui précède, le constat des participantes est que la sexualité n'est également pas abordée dans les suivis interdisciplinaires. Ce sujet n'est également donc pas abordé par le reste de l'équipe. « *Je pense que tout le monde se dit : "Ah, ce n'est pas à moi de faire ça, ce n'est pas dans mon champ de pratique". Tout le monde se lance la balle et personne n'en parle* » (participante 2). Selon la participante 1, si elle n'aborde pas cette thématique, personne d'autre ne va le faire. Deux participantes rapportent que c'est une occupation importante, que cela peut apporter de la souffrance à la personne si cet aspect est insatisfaisant et que des aspects émotionnels et médicaux peuvent avoir un impact sur l'expression de la sexualité. « *C'est important pour tout le monde. C'est normal, ça ne devrait pas être tabou* » (participante 4). Ces extraits font montre que, bien que l'importance accordée à l'occupation

qu'est la sexualité pour les clients soit reconnue par les ergothérapeutes, en raison de facteurs organisationnels et de questionnements, les ergothérapeutes, voire les équipes ne l'aborde pas en pratique.

En somme, la sexualité ne se trouve pas dans les mandats des ergothérapeutes ni ceux des équipes en raison de facteurs organisationnels et de la méconnaissance du rôle de l'ergothérapie en lien avec la sexualité. De plus, personne dans l'équipe ne priorise la sexualité et ne l'insère dans son mandat. Cela engendre une diminution de la priorité accordée à la sexualité dans les suivis, et ce, malgré que les participantes admettent son importance.

5.2.5 Vision sociale de la sexualité

Dans la société, certaines croyances viennent influencer l'expression de la sexualité des clients, selon les ergothérapeutes, ainsi que le faible, voire l'absence de l'habilitation à cette occupation dans les milieux de santé mentale (voir la Figure 5).

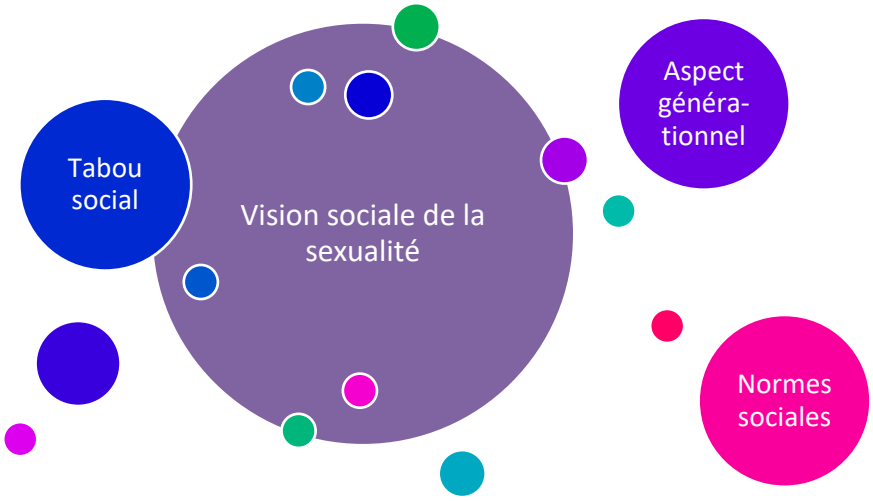

Figure 5. Facteurs sociétaux semblant influencer l'expression de la sexualité des clients selon les participantes

5.2.5.1 Tabou social

Selon les ergothérapeutes-participantes à l'étude, la sexualité est un sujet tabou dans la société. Deux participantes mentionnent que d'après leur perception, les individus en général ne sont pas à l'aise de parler de sexualité. Ce tabou s'illustre par des rires dans les équipes lors de l'évocation de la sexualité, lesquels sont rapportés par deux participantes. « *On s'entend que ça*

fait plus rire qu'autre chose. S'il y avait un comportement [sexuel d'un client], les intervenants, ils vont faire des blagues sur ça, mais ils ne vont pas vraiment adresser plus » (participante 3). Ce tabou est aussi exprimé par le fait que l'aisance à aborder la sexualité diminue en intervention de groupe, tel que rapporté par la participante 1. Ce tabou est présent également chez les intervenants en santé puisqu'ils vivent eux aussi dans la société. Néanmoins, les ergothérapeutes ayant participé à l'étude pensent que la sexualité ne devrait pas être un sujet tabou.

5.2.5.2 Aspect générationnel

Cela dit, la participante 1 pense que cela dépend des générations, soit que la sexualité est moins taboue chez les plus jeunes adultes. Elle observe que les jeunes clients sont plus portés à lui parler de ce sujet en thérapie. Une autre participante, de son côté, rapporte que pour « *les jeunes [clients], c'est leur préoccupation la plus significative* » (participante 3) et que cette préoccupation est parfois liée à une recherche identitaire. Toutefois, elle nuance son propos en disant que les clients plus âgés parlent aussi beaucoup de sexualité et qu'elles ont évidemment le droit de le faire.

5.2.5.3 Normes sociales

Les participantes rapportent que la perception de la sexualité est liée aux normes sociales. En effet, une participante rapporte qu'une de ses clientes disant qu'elle devait avoir des relations sexuelles fréquentes avec son conjoint. Cela est identifié comme une injustice occupationnelle, soit un déséquilibre (même s'il s'agirait davantage d'une aliénation), par l'ergothérapeute, puisque sa cliente avait une sexualité insatisfaisante, pas parce qu'elle était réellement insatisfaisante pour elle, mais qu'elle l'était selon ce qui est considéré comme une sexualité « normale » dans la société.

> *Peut-être elle par rapport à elle, elle ne verrait pas de déséquilibre, mais là, quand elle parle avec ses amis, par la société, il y a [une norme sociale qui crée une pression]. […] J'ai beaucoup de clientes qui sont préoccupées par c'est quoi être normal, c'est quoi les normes de la société. Si je suis trop ou pas assez, je ne suis pas correcte, donc il faut que je respecte ce que la société demande. Elle par rapport à elle, elle serait peut-être à l'aise que sa sexualité intense ou moins intense, mais vont avoir tendance à se comparer* (participante 2).

D'ailleurs, les participantes rapportent qu'il pouvait être difficile de s'engager dans l'occupation qu'est la sexualité pour les personnes ayant un problème de santé mentale en raison du fait qu'elles sont considérées « différentes », voire asexuées. Elles mentionnent qu'il y a une stigmatisation vécue par leurs clients reliée à leur problème de santé mentale. Les participantes rapportent que cela peut avoir un impact sur leur sexualité.

> *Il y en a que, pour eux, c'est important d'avoir des relations sexuelles dans un couple, de ne pas avoir des relations avec quelqu'un qui n'ont pas d'intimité. Je pense qu'il y a encore beaucoup de préjugés sur la santé mentale, surtout avec les troubles de personnalité. Je pense que certaines personnes essaient de rencontrer des gens, et si elles dévoilent leur vulnérabilité, si elles montrent des côtés de leur trouble de personnalité, elles vont se faire rejeter ou sinon si elles ne sont pas rejetées, elles tombent dans des relations toxiques, avec des personnes qui peuvent abuser de leur confiance, qu'ils peuvent abuser d'elles. Je pense que c'est ce côté-là qu'il y a un enjeu, soit que je suis exclue ou marginalisée par les gens que je voudrais avoir dans ma vie, soit j'accepte des choses qui ne font pas mon affaire si je ne veux pas être exclue* (participante 2).

Ceci est relevé comme une injustice occupationnelle selon trois participantes, de type aliénation ou marginalisation occupationnelles, puisque la stigmatisation associée à leur maladie les empêche de s'engager ou de s'engager pleinement et de manière satisfaisante dans l'occupation qu'est la sexualité, surtout lorsque celle-ci est pratiquée dans des relations interpersonnelles et intimes.

Selon les ergothérapeutes, plusieurs préjugés relatifs à la santé mentale sont présents dans notre système de santé. Ces mêmes préjugés sont ceux qui engendrent des jugements négatifs de la part des professionnels concernant certaines pratiques sexuelles réalisées par des clients.

> *C'est rare que je voie [un intervenant] qui dit : "Ah oui, elle, ça fait trois relations qu'elle a parce qu'elle cherche le vrai amour". C'est plus : "Ça fait trois relations qu'elle a, elle est instable". C'est très rapide aussi le jugement négatif et de chercher ce qui ne va pas* (participante 3).

Ces propos relèvent que la stigmatisation et les préjugés sont non seulement présents dans la société en général, mais aussi véhiculés par des professionnels de la santé. Autrement dit, les clients se font juger négativement par les personnes qui sont là pour les aider. La participante 3 illustre ce jugement en rapportant que certains de ses collègues rient et font des

blagues sur la sexualité des clients. Cette participante identifie même cette situation comme une détresse éthique pour elle. Non seulement des préjugés transparaissent avec la santé mentale, mais aussi avec la sexualité qui est considérée comme hors norme (ex. client qui n'est pas monogame). La participante relève que ces préjugées peuvent avoir un impact sur sa pratique en pathologisant les pratiques sexuelles de clients et sur la relation d'aide.

> *Alors, au niveau de la façon dont [ma collègue, voit le patient, je trouvais ça dommage. C'est comme si, parce que la personne faisait […] des trips à trois ou de l'échangisme, c'était un bon trouble de personnalité. Comme si dans son jugement clinique, c'est comme si ça venait teinter. Je trouvais ça dommage parce que pour moi la sexualité de la personne ne faisait pas que c'était plus un trouble de personnalité* (participante 1).

Alors, selon les ergothérapeutes, être « différents » des normes sociales apporte des injustices occupationnelles pour les clients. Toutefois, deux participantes rapportent que les clients ne parlent pas de ces injustices ou d'un sentiment semblable avec elles. En bref, autant dans la société en général que dans le système de santé, la sexualité est taboue et les préjugés sur la santé mentale sont présents. Aussi, les participantes estiment que le fait d'être « différents » semble influencer l'engagement des clients dans l'occupation qu'est la sexualité.

5.3 Pistes de solution proposées

Les participantes mentionnent plusieurs manières de contrer les enjeux éthiques et occupationnels décrits précédemment. Tout d'abord, plusieurs propositions de revendications ont été nommées. Par la suite, des moyens sont proposés afin d'augmenter l'aisance des ergothérapeutes et des clients afin que la sexualité soit plus abordée en pratique, et donc, plus soutenue par les ergothérapeutes.

5.3.1 Utiliser le rôle de l'ergothérapeute d'agent de changement

L'une des solutions proposées est de revendiquer pour certains changements de pratique, comme le suggère le rôle d'agent de changement de l'ergothérapeute. Tout d'abord, deux participantes proposent de revendiquer pour le client, comme pour qu'il ait accès à des congés lorsqu'il est hospitalisé ou pour qu'il ait accès à de l'information supplémentaire en lien avec la médication ou les alternatives à celle-ci s'il y a la présence de problématiques liées à la sexualité. En outre, les participantes conseillent de revendiquer pour avoir plus de ressources en

ergothérapie en lien avec la sexualité. Plus précisément, les ressources liées aux savoirs (ressources épistémiques), comme avoir accès aux connaissances sur le sujet, sont mentionnées afin que les ergothérapeutes se sentent plus outillées à aborder et soutenir la sexualité. De plus, les revendications relatives aux ressources professionnelles sont mentionnées.

> *Qu'il y ait des sexologues qui pourraient être plus consultants dans certaines équipes, sans prendre des clients, mais de venir dans certaines réunions, de venir aborder certaines problématiques, s'il pouvait avoir des sexologues, sans être à temps plein, mais qui font une journée ou deux par semaine dans différents milieux pour être vraiment dans les équipes, je pense que ça pourrait aider à voir les choses d'une perspective différente pour certains* (participante 2)

Dans un autre ordre d'idées, la participante 3 mentionne qu'il faudrait revendiquer la place de la sexualité en équipe. Dans sa pratique, l'interdisciplinarité n'est pas encore installée, ce qui constitue à son avis un obstacle. Elle mentionne également qu'il faut considérer le rythme de l'équipe avant de proposer un changement, à savoir à quelles étapes les membres de l'équipe sont rendus et le temps nécessaire pour s'y adapter. Finalement, l'ensemble des participantes rapportent l'importance de revendiquer pour diminuer le tabou social lié à la sexualité. Elles proposent d'en parler davantage, et ce, dans tous les milieux, autant dans les médias que dans la formation universitaire, afin de normaliser le sujet et normaliser la sexualité comme une occupation importante qui devrait être d'emblée incluse en thérapie.

5.3.2 Aborder la sexualité selon sa couleur professionnelle

Lors des entrevues, les participantes mentionnent comment elles abordent ou comment elles aimeraient aborder la sexualité dans leur pratique. Cela reflète que la sexualité devrait être abordée selon la méthode qui fait du sens pour l'ergothérapeute. En premier lieu, l'utilisation d'un vocabulaire neutre comme le vocabulaire médical est proposée par deux participantes.

> *Ça, c'est mon truc. Plus j'utilise des termes médicaux, ça rend la chose très impersonnelle et ça laisse paraître que ce que je veux c'est le bien-être [de mon client]. Alors, on en parle. Même chose quand je parle de la sexualité '' C'est important, on ne fera pas à semblant que ça n'existe pas dans un couple. J'aimerais ça savoir comment ça va à ce niveau. '' Mais, je l'aborde souvent avec la médication, avec des termes médicaux [ou symptômes de la maladie]* (participante 1).

Ensuite, la participante 4 utilise l'approche par les forces dans sa pratique et l'inclut systématiquement lorsqu'elle regarde les huit domaines de la vie d'une personne. Selon les

participantes, il importe d'aborder cette occupation avec chaque client, en particulier lors de l'évaluation : avoir une question dans un outil ou dans l'entrevue permet de normaliser la discussion sur la sexualité dans leur pratique, mais aussi de diminuer le tabou qui entoure cette occupation. Elles nuancent toutefois leur propos en mentionnant qu'il faut respecter le client.

> *Je pense que dans un monde idéal, on l'aborderait d'emblée, juste pour démontrer notre ouverture, mais sans forcer la personne, de respecter le rythme de la personne. Juste de l'aborder comme : "Si vous en avez envie, c'est une sphère qu'on peut aborder". Donc de minimalement de poser la question dans les évaluations* (participante 2).

Certains outils d'évaluation ergothérapiques sont d'ailleurs mentionnés comme incluant la sexualité, tels que l'inventaire de l'équilibre de vie, le fonctionnement au quotidien avec un trouble de la personnalité Borderline (FAB) et le *ASK questionnaire*. Percevoir la sexualité telle une occupation comme les autres est aussi une approche proposée par deux ergothérapeutes. Cela permettrait de l'inclure dans des entrevues moins structurées ou des outils d'évaluation maison. Une dernière méthode est de l'aborder de manière indirecte. La participante 3 propose d'ouvrir le sujet lorsqu'on parle des relations avec les autres ou à l'aide de moyens créatifs comme une émission de télévision. En terminant, deux participantes mentionnent que si les ergothérapeutes ne sont pas à l'aise ou que cela dépasse leurs compétences, de ne pas hésiter à faire des références à d'autres membres de l'équipe plus à l'aise et mieux formés.

5.3.3 S'informer sur le sujet

Parallèlement, les ergothérapeutes mentionnent des moyens pour augmenter leur sentiment de compétences perçu face à la sexualité, surtout en lien avec leurs connaissances sur le sujet. Elles proposent tout d'abord d'effectuer des recherches dans les bases de données probantes, et ce, même dans d'autres domaines de la santé que celui de l'ergothérapie. Un exemple de recherche est proposé, soit l'impact de la médication sur la libido. Par la suite, elles proposent de produire des données probantes sur le sujet en ergothérapie, comme sur des outils ergothérapiques en lien avec la sexualité et différentes clientèles, et sur l'occupation décortiquée (ex. décrire les activités et tâches que la sexualité comprend) pour soutenir les interventions. Elles proposent aussi d'être plus formées sur ce sujet, soit par le biais de l'augmentation du nombre de formations continues et par l'intégration de la sexualité dans la formation

universitaire. À ce sujet, la participante 2 rajoute que *« que la formation pourrait être intéressante pour défaire certains tabous »* (participante 2).

Aussi, pour augmenter l'aisance des ergothérapeutes avec la sexualité, les participantes proposent des stratégies pour diminuer les questionnements liés au rôle de l'ergothérapeute avec la sexualité. Tout d'abord, le soutien et la discussion avec les pairs permettent de mieux réfléchir à ses limites professionnelles. La participante 4 mentionne qu'il existe un groupe d'intérêt sur la plateforme *Facebook* sur la sexualité pour les ergothérapeutes qui rencontrent des défis à la soutenir concrètement en pratique (suivre le lien web suivant : https://www.facebook.com/groups/198158040774034). Enfin, la participante 3 mentionne que l'approche centrée sur le client ne doit pas être oubliée par l'ergothérapeute. Ainsi, si la sexualité est importante pour un client, elle devrait faire partie des interventions.

5.3.4 Mettre le client à l'aise

En terminant, la participante 3 propose des stratégies à mettre en place afin d'augmenter l'aisance des clients face à la discussion sur la sexualité. « *Essayer le plus possible de rester centrée sur le client, tout en étant réaliste de ce qui se fait et de ce qui ne se fait pas* » (participante 3). Elle conseille également de changer d'endroit pour l'aborder, soit un endroit plus intime ou dans lequel les clients se sentent bien. Aussi, cette participante relève l'importance d'utiliser un vocabulaire inclusif aux diversités de genre et d'orientation sexuelle.

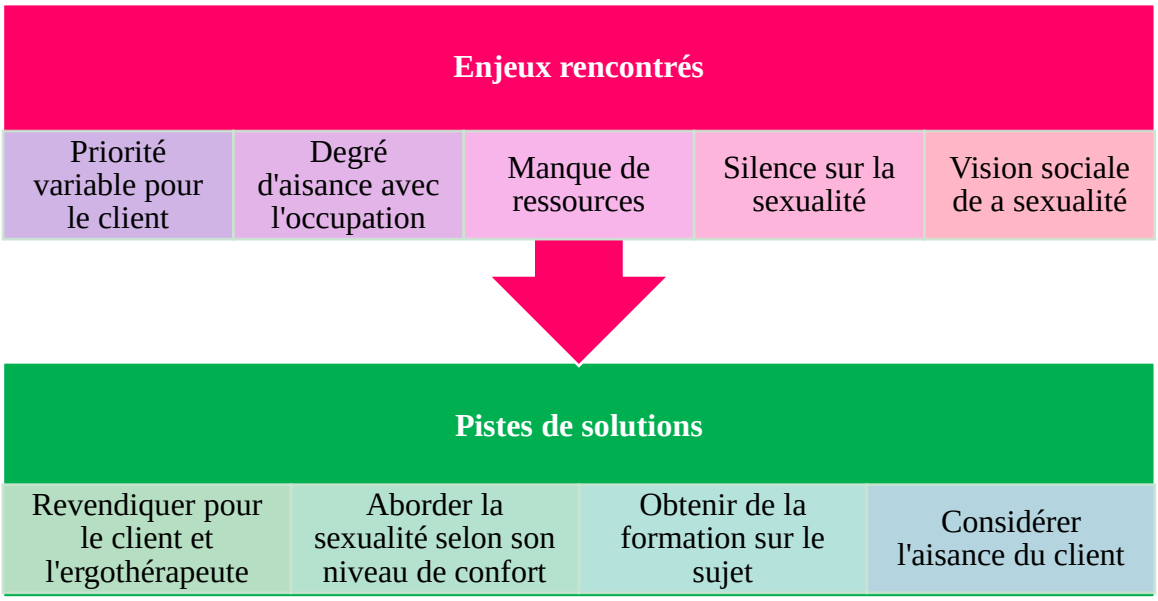

Figure 6. Résumé des résultats de l'étude

En conclusion, les participantes s'expriment sur différents sujets reliés à la sexualité, passant de la priorité de cette occupation pour client à l'aisance des thérapeutes et des clients avec ce sujet, sans oublier les défis rencontrés dus au manque de ressources (épistémiques, physiques, professionnelles, organisationnelles et sociales). Les propos des participantes pointent vers la description d'un tabou social à l'endroit de la sexualité, menant à un silence sur cette occupation dans les soins de santé et les services sociaux du Québec. Aussi, une stigmatisation est relevée. Bien que les participantes ne s'expriment pas toujours en termes d'enjeux éthiques et d'injustices occupationnelles, ces unités de sens ont permis d'en relever plusieurs qui sont discutés dans la prochaine section de cet essai critique. Les participantes mentionnent également plusieurs solutions pouvant diminuer les défis rencontrés entourant l'habilitation de la sexualité (voir la Figure 6).

6. DISCUSSION

Cette section a pour but de discuter des résultats de cette étude, lesquels ont été obtenus grâce aux entrevues réalisées avec quatre ergothérapeutes. Pour commencer, un retour aux questions et des objectifs de recherche est réalisé. Ensuite, les résultats sont résumés, comparés à ceux des études existantes et interprétés selon les catégories suivantes : a) enjeux éthiques vécus par les ergothérapeutes, b) injustices occupationnelles rencontrées par la clientèle selon les ergothérapeutes, c) impact de la culture occidentale sur l'habilitation à la sexualité et d) pistes de solution envisagées. Enfin, les forces et les limites de l'étude ainsi que ses retombées potentielles sur la pratique de l'ergothérapie concluent cette section.

6.1 Retour aux questions et aux objectifs de l'étude

Ce projet de recherche avait pour but d'apporter des pistes de réponse aux deux questions suivantes : 1) quels sont les enjeux éthiques et occupationnels liés à la sexualité selon les ergothérapeutes qui travaillent en santé mentale? 2) Quelles sont les pistes de solutions pour remédier à ces enjeux selon les ergothérapeutes? De ces questions découlaient les objectifs de recherche suivants : 1) Explorer les enjeux éthiques et occupationnels liés à la sexualité selon des ergothérapeutes qui travaillent en santé mentale, et 2) Explorer les pistes de solutions possibles pour remédier à ces enjeux. En dépit du nombre restreint d'ergothérapeutes ayant pris part à l'étude (n=4), des réponses ont été apportées à ces questions.

6.2 Enjeux éthiques vécus en ergothérapie

Dans la présente recherche, les participantes ont identifié plusieurs enjeux éthiques, liés à l'habilitation à la sexualité, qu'elles ont vécus dans leur pratique professionnelle. Il se dégage des résultats qu'il se présente un écart entre, d'une part, la pratique idéale qui pourrait soutenir la justice occupationnelle et, d'autre part, la pratique réelle des ergothérapeutes qui se réalise dans un contexte où plusieurs barrières limitant le désir de l'ergothérapeute d'inclure l'habilitation à l'occupation qu'est la sexualité dans leurs évaluations et interventions. Cet enjeu éthique émerge des discours des participantes à la présente étude qui, lorsque questionnées, rapportent que leur pratique actuelle diverge de leur vision de la pratique idéale à l'égard à l'habilitation à la sexualité. Cet écart se manifeste par la différence qui se présente entre la vision

des ergothérapeutes qui trouvent que la sexualité est un domaine légitime de leur pratique et qu'il s'agit d'une occupation importante pour maints clients (pratique idéale) et leur pratique concrète suivant laquelle elles contribuent peu, voire pas à l'habilitation à la sexualité auprès de leurs clients (pratique réelle). Bien que l'ensemble des participantes-ergothérapeutes mentionnent aborder la sexualité dans le cadre de leur pratique et que la majorité d'entre elles (n=3) mentionne être à l'aise à discuter du sujet de la sexualité avec les clients, et ce, contrairement au constat fait dans d'autres études (Couldrick, 1998; Hyland et McGrath, 2013; Sakellariou et Algado, 2006b), elles affirment néanmoins ne pas soutenir la sexualité dans l'ensemble des contextes et expriment se sentir peu, voire pas outillées pour favoriser l'habilitation à cette occupation. Ces résultats concordent avec de l'étude de Yallop et Fitzgerald (1997). Cette étude discute de différents scénarios liés à la sexualité avec des ergothérapeutes et des étudiants en ergothérapie (Yallop et Fitzgerald, 1997). Les résultats relèvent que l'aisance avec la sexualité semblent fluctuée selon la complexité des situations, malgré que les participants affirment être confortable avec le sujet (Yallop et Fitzgerald, 1997). Ce constat est noté dans plusieurs études qui ont aussi relevé cet écart entre la pratique idéale et la pratique réelle, tel que vécu par d'autres ergothérapeutes à travers le monde (Couldrick, 1998, 2005; Hyland et McGrath, 2013; McGrath et Sakellariou, 2016; Penna et Sheehy, 2000; Pollard et Sakellariou, 2007; Yallop et Fitzgerald, 1997). Cet écart entre l'idéal de la pratique et la pratique concrète consiste en un enjeu éthique qui est susceptible de bafouer plusieurs valeurs, dont fait partie l'engament occupationnel dans l'occupation qu'est la sexualité pour des clients, ce qui incluent ceux ayant un problème de santé mentale. En bref, les participantes reconnaissent l'importance de la sexualité pour les clients, mais rapportent avoir de la difficulté à soutenir cette occupation. Elles font état de plusieurs barrières qui nuisent à l'habilitation à la sexualité en pratique, lesquelles ont un impact négatif sur les services offerts pour répondre à ce besoin occupationnel.

Les barrières nommées par les participantes sont de diverses natures, soit de nature micro, méso et macro systémiques. Elles sont décrites dans les paragraphes suivants. Au niveau micro systémique, soit relatif à la personne elle-même, les participantes expriment ressentir un certain inconfort lorsque certains sujets liés à la sexualité sont discutés. Plus précisément, elles rapportent ressentir un dilemme éthique (c.-à-d. un choix déchirant à faire entre au moins deux

options qui se fondent sur des valeurs différentes) lorsque des sujets comme l'infidélité, la non-respect du consentement et le travail du sexe sont abordés. Les résultats des études réalisées par Daines (2006), Maylea (2019) ainsi que Antebi-Gruska et ses collaborateurs (2019) concordent avec cet élément, à savoir que des intervenants sont mal à l'aise de soutenir la sexualité lorsque certains gestes réalisés par des clients contredisent leurs valeurs ou sont questionnables d'un point de vue éthique. Les valeurs et les croyances personnelles des intervenants se présentent donc comme des barrières dans certains contextes, tel que constaté dans plusieurs autres études (Couldrick, 1998; Pollard et Sakellariou, 2007; Yallop et Fitzgerald, 1997) et influencent le degré d'aisance des intervenants à aborder ce sujet en contexte clinique. D'ailleurs, ce manque d'aisance peut relever d'un manque de connaissances sur ces sujets et sur soi (à propos de ses valeurs). Effectivement, les participantes à la présente étude se sentent peu outillées à habiliter l'occupation qu'est la sexualité en raison de la pauvre formation reçue sur le sujet à ce jour et du peu d'études existantes sur ce sujet avec la clientèle en santé mentale, lesquelles pourraient fournir des données probantes ou des outils concrets pour intervenir en ce sens. Ces barrières sont aussi mentionnées dans plusieurs études qui ont interrogé des ergothérapeutes sur les barrières à l'intégration de la sexualité à leur pratique (Hyland et McGrath, 2013; Penny et Sheehy, 2000; Yallop et Fitzgerald, 1997). Toutefois, parmi les ergothérapeutes interrogées dans le cadre de la présente étude, seulement deux d'entre elles avaient lu un peu sur le sujet de la sexualité. Ainsi, s'il importe de développer les connaissances dans ce domaine, il importe également d'assurer une diffusion large de ces celles-ci et de mettre en place des facilitateurs dans les milieux de pratique pour que les ergothérapeutes puissent aisément intégrer celles-ci à leur pratique professionnelle. Bien entendu, il est de la responsabilité des ergothérapeutes de consulter les données probantes, mais cette responsabilité doit idéalement être partagée avec les milieux de pratique.

Les barrières mentionnées par les participantes sont également de nature organisationnelle (méso systémique). En premier lieu, le manque de sexologues dans les équipes ou comme consultants ne permet pas aux ergothérapeutes de définir adéquatement leur rôle et leur champ d'expertise propre en lien avec l'habilitation à l'occupation qu'est la sexualité. Ce manque de connaissances et de soutien ainsi que le questionnement constant sur le rôle de l'ergothérapeute relativement à la sexualité peuvent diminuer l'aisance, mais aussi les actions

possibles pour revendiquer la place de la sexualité dans la pratique ergothérapique, selon les participantes. Le questionnement sur le rôle de l'ergothérapeute entourant la sexualité est documenté dans plusieurs études (Couldrick, 1998; Esmail et coll., 2002; Sakellariou et Aldago, 2006b; Yallop et Fitzgerald 1997). Cela permet de constater que le rôle ergothérapique quant à l'habilitation à la sexualité n'est pas encore de nos jours clairement défini pour permettre aux ergothérapeutes d'être complètement à l'aise avec cette occupation. La faible accessibilité à des services de sexologie est donc perçue par les participantes comme une barrière pour définir leur rôle, mais également pour apporter une réponse adéquate aux besoins de la clientèle, quand ces besoins dépassent leur champ d'exercice et de compétences. Plus précisément, les services de sexologie offerts au sein du système public sont contingentés, dans le contexte où la situation socio-économique de plusieurs clients ne permet pas aux ergothérapeutes de référer ces derniers au privé. À notre connaissance, cette barrière n'est pas rapportée dans les écrits. Dans un autre ordre d'idée, une participante note des barrières organisationnelles liées à la gestion, surtout par rapport à la pression de ses pairs. Ces barrières de nature méso systémique sont documentées dans les écrits. Des ergothérapeutes questionnées dans d'autres études ont en effet mentionné que les modes de gestion (Penny et Sheehy, 2000) et le manque de temps (Hyland et McGrath, 2013) constituent des barrières à l'habilitation à l'occupation qu'est la sexualité. S'ajoute à ses barrières organisationnelles l'absence de la sexualité dans les mandats donnés aux ergothérapeutes. Les participantes expriment en effet que cette occupation ne se retrouve pas dans les références qu'elles reçoivent et n'est également pas dans les mandats donnés à l'équipe, voire au programme. En d'autres mots, puisque la sexualité est évacuée des mandats des intervenants, dont ceux des ergothérapeutes, cela suggère que seuls les sexologues sont en mesure d'intervenir sur ces questions. Ce constat rejoint les résultats d'autres études (Hyland et McGrath, 2013; McGrath et Lynch, 2014).

Finalement, au niveau macro systémique, c'est-à-dire sociétal, les participantes rapportent certaines croyances de collègues liées à des stéréotypes relatifs à la santé mentale et à la sexualité de la clientèle (ex. des relations sexuelles fréquentes sont justifiées par l'instabilité émotionnelle de la personne ayant un problème de santé mentale). De plus, elles attestent de la présence d'un tabou social entourant la sexualité et que celui-ci contribue à expliquer l'absence généralisée de la sexualité dans les soins de santé et les services sociaux. Ces résultats

concordent avec l'étude de Couldrick (1998) dans laquelle les ergothérapeutes interrogés avaient aussi mentionné la présence d'un tabou lié à cette occupation. Enfin, l'ensemble de ces barrières, qu'elles soient de nature micro, méso ou macro systémique, limitent les actions possibles qui permettraient d'intégrer l'habilitation à la sexualité dans la pratique des ergothérapeutes travaillant en santé mentale.

Pour résumer, les participantes ont à cœur l'occupation qu'est la sexualité, déploient des efforts pour soutenir cette occupation, mais la confrontation à diverses barrières engendre des enjeux éthiques chez les participantes. C'est notamment la valeur de la justice occupationnelle qui est compromise, c'est-à-dire que l'engagement occupationnel dans l'occupation sexualité se voit compromise pour les clients ayant un problème de santé mentale. Selon Swisher et ses collaboratrices (2005), les types d'enjeux éthiques permettent de décrire comment la personne vit l'enjeu. Chaque ergothérapeute peut le vivre de manière différente. Toutefois, les participantes à cette présente étude rapportent cet enjeu comme une détresse éthique, dans laquelle elles se trouvent dans une impasse. La détresse éthique est occasionnée par des barrières externes à l'individu, c'est-à-dire à l'ergothérapeute dans le cadre de cette recherche, qui l'empêche de respecter une valeur importante (Swisher et coll., 2005), comme la justice occupationnelle. Ce type d'enjeu éthique est présent dans cette étude et peut expliquer pourquoi plusieurs ergothérapeutes hésiter à aborder la sexualité dans le cadre de leur pratique professionnelle.

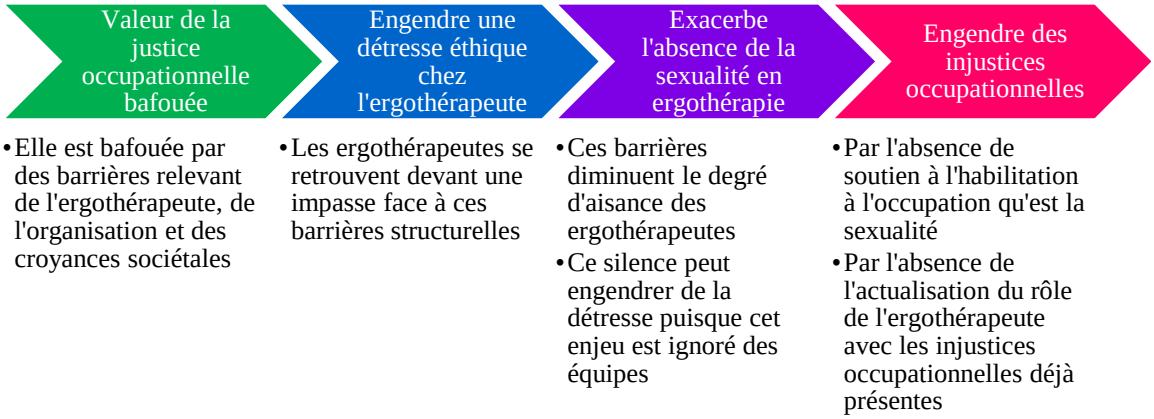

Figure 7. Continuum entre les enjeux éthiques vécus par les ergothérapeutes et les injustices occupationnelles vécues par les clients

Finalement, la présente étude a mis en lumière que les enjeux éthiques, si non résolus adéquatement, peuvent occasionner à leur tour des injustices occupationnelles (voir la Figure 7). Comme mentionné antérieurement, les enjeux éthiques peuvent mener à une habilitation à la sexualité moins adéquate par les ergothérapeutes ou même à l'ignorance de cette occupation dans leur suivi. Cela a pour impact que la clientèle vit une insatisfaction relative à cet engagement occupationnel et leurs difficultés fonctionnelles liées à la sexualité demeurent. L'éditorial de Pollard et Sakellariou (2007), inspiré de l'éditorial de Sakellariou et Algado (2006b), soutient également ce lien entre l'injustice occupationnelle et le silence entourant l'occupation qu'est la sexualité en clinique. Selon eux, « l'absence de discours professionnel sur la sexualité contribue à l'injustice occupationnelle expérimentée par les personnes ayant des incapacités » [traduction libre] (Pollard et Sakellariou, 2007, p. 364). Ce manque de services offerts est un facteur externe à l'individu, qui veut s'engager pleinement dans la sexualité, mais qui n'a pas le soutien professionnel ni les stratégies nécessaires pour y parvenir. Cela peut donc être vécu comme une injustice occupationnelle pour l'individu (Larivière et coll., 2019). La prochaine section explicite davantage les injustices occupationnelles en lien avec la sexualité.

6.3 Injustices occupationnels liées à la sexualité en ergothérapie

Plusieurs injustices occupationnelles sont identifiées par les participantes à la présente étude. Ces injustices découlent de facteurs externes à l'individu, provenant du contexte social, qui nuisent à l'engagement des adultes ayant un problème de santé mentale dans des occupations signifiantes, telle que la sexualité (Larivière et coll., 2019).

Avant d'aborder les différents types d'injustices occupationnelles identifiées, les participantes mentionnent que la maladie en soi peut être une cause d'injustices. Elles expliquent que certains troubles de santé mentale apportent des difficultés fonctionnelles (ex. entrer en relation, mentionner ses désirs) qui peuvent faire en sorte qu'il est difficile pour les personnes qui en sont atteintes de s'engager dans l'occupation de la sexualité. Certaines participantes mentionnent aussi qu'un déséquilibre peut être présent, en raison de la diminution de la libido ou de l'augmentation du désir sexuel associé à la maladie. Cela met en lumière que les difficultés fonctionnelles des adultes ayant un problème de santé mentale diminuent l'engagement dans cette occupation. Ce constat est partagé avec d'autres études (Esmail et coll., 2002; Hyland et

McGrath, 2013; Northcott et Chard, 2000). Bien qu'elles semblent apriori découler de facteurs internes à l'individu (ex. habiletés de la personne), en réalité ces difficultés fonctionnelles sont souvent aggravées ou même causées par des facteurs externes (ex. attitudes, lois, organisations et stigmatisation). Une vision sociale ou holiste de la maladie mentale amène l'ergothérapeute à devoir considérer que cette difficulté pourrait découler d'injustices occupationnelles à ce jour présentes, telles qu'expliquées dans les paragraphes suivants, voire devenir elle-même une injustice occupationnelle.

6.3.1 Privation et aliénation occupationnelles

Dans un premier temps, les participantes ont identifié des aliénations occupationnelles (si le manque d'opportunités engendre de l'insatisfaction) et des privations occupationnelles (si le manque d'opportunités engendre une perte occupationnelle) que peut vivre la clientèle en lien avec la sexualité (Larivières et coll., 2019). D'abord, la médication a été identifiée comme l'un de ces facteurs pouvant mener à ces types d'injustice occupationnelle. Les ergothérapeutes rapportent que le système de santé priorise la stabilité psychique ou émotionnelle de l'individu, bien souvent au détriment d'autres besoins, dont ceux relatifs à la sexualité. Les clients n'ont « pas le choix » de prendre leur médication et la sexualité est rarement abordée lorsque le traitement pharmacologique est prescrit et pris selon la posologie. Ces résultats concordent avec ceux décrits dans l'étude de Deegan (1999), suivant lesquels des personnes ayant un trouble mental sévère mentionnent que leur médication interfère avec leurs désirs et engagements sexuels, de même que rapportent qu'elles n'ont pas été informées des effets secondaires de leur médication sur leur sexualité. Cette ignorance des effets secondaires sur la fonction sexuelle est notée par Maylea (2019). Une des participantes à la présente étude rapporte d'ailleurs que l'impact de la médication sur la sexualité est souvent même une cause de rechutes chez les clients, puisqu'ils font le choix d'arrêter leur médication pour reprendre les activités sexuelles de manière satisfaisante. Ce non-respect de la prescription médicale est aussi rapporté par Penna et Sheehy (2000). Cela suggère que certains soins de santé sont davantage basés sur la gestion des symptômes de la maladie, sans considération véritable de la qualité de vie subjective des individus.

De surcroît, les soins et services prodigués aux personnes vivant avec un problème de santé mentale apportent aussi des injustices. D'un côté, un manque de services en sexologie dans le système de santé expliqué antérieurement empêche les adultes ayant un problème de santé mentale de s'épanouir pleinement dans l'occupation qu'est la sexualité. Selon les participantes, cet enjeu limite la définition de leur rôle eu égard à l'habilitation à la sexualité et empêche de faire des références lorsque les besoins sortent de leur champ de compétence. À notre connaissance, aucun écrit n'aborde cet enjeu. Il s'agit peut-être d'une problématique particulière liée au système de santé du Québec. En plus des enjeux reliés au système de santé, les participantes ont mis en lumière l'impact des déterminants sociaux de santé sur la clientèle. Deux ergothérapeutes mentionnent le contexte sociodémographique défavorable (contexte de pauvreté) dans lequel vivent les adultes ayant un problème de santé mentale. Cette affirmation est en cohérence avec la constatation faite par le gouvernement du Canada (2019) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2018) relativement à l'association qui se présente de faite entre la prévalence des problèmes de santé mentale et les conditions socio-économiques défavorables. En offrant peu de services en sexologie dans le système public, en ayant peu d'ergothérapeutes répondant au besoin en sexualité et en n'agissant pas sur les déterminants sociaux de la santé défavorables de la population à l'étude, cela suggère que la société peut être responsable de facteurs externes qui empêchent les individus ciblés de déployer des stratégies pour avoir une sexualité satisfaisante. Est-ce que la société perpétue donc une aliénation occupationnelle ou même une privation occupationnelle pour les personnes ayant un problème de santé mentale? Est-ce qu'elle contribue à la dégradation de leur santé mentale, particulièrement leur santé sexuelle? Les résultats de la présente étude semblent aller dans cette direction, mais il serait pertinent de creuser davantage ces questions avec un devis de recherche permettant de leur apporter des réponses.

D'un autre côté, le règlement et le cadre de traitement des établissements de santé apportent également des injustices. C'est de cette manière que les participantes à la présente étude identifient des règles lors de l'hospitalisation qui nuisent à l'habilitation à la sexualité. L'ensemble des ergothérapeutes rapporte sans hésitation qu'il y a la présence d'une privation occupationnelle lors de l'hospitalisation puisque la sexualité, dans toutes ses formes, est

interdite. Bien qu'à notre connaissance aucune autre étude ne documente cette injustice occupationnelle, l'enjeu de l'expression de la sexualité en hospitalisation est documenté. Cette situation est complexe pour les professionnels de la santé et les gestionnaires selon les études recensées (Buckley et Hyde, 1997; Dein et coll., 2016; Maylea, 2019). Cette interdiction liée à la sexualité lors des hospitalisations est d'ailleurs soutenue par des arguments de sécurité et de légalité selon Maylea (2019). Toutefois, cela suggère tout de même la présence d'une privation occupationnelle quand les lignes directrices des établissements sont respectées et empêchent ainsi la réalisation d'une activité signifiante pour des adultes ayant un problème de santé mentale (Hocking, 2017; Larivière et coll., 2019).

Par ailleurs, la privation occupationnelle peut aussi résulter du cadre organisationnel de l'établissement de santé. Une participante à cette présente étude rapporte que les services thérapeutiques ne sont pas offerts aux personnes qui pratiquent le travail du sexe ou des comportements destructeurs, comme des pratiques sexuelles impulsives et fréquentes réalisées dans ce but. L'étude d'Antebi-Gruska et ses collaborateurs (2019) sur le travail du sexe note également cette rupture de services ou un traitement différent pour les personnes qui réalisent le travail du sexe. Bien qu'il n'y ait qu'une étude qui documente cet enjeu, cela suggère, d'une part, une injustice importante, car cela empêche la personne de recevoir les soins et services nécessaires pour ses difficultés fonctionnelles, qui peuvent toucher la sexualité. Effectivement, l'actualisation du droit d'accès aux soins de santé et aux services sociaux pour ces personnes est empêchée par ces règles organisationnelles discriminatoires (OMS, 1985). D'autre part, si certains clients se voient privés de leur travail pour recevoir des soins et services de santé, il en résulte une injustice occupationnelle.

6.3.2 Marginalisation occupationnelle

Est-ce que certaines injustices occupationnelles liées aux soins de santé peuvent découler de la stigmatisation associée à la maladie mentale et à certaines pratiques sexuelles? Certaines règles institutionnelles semblent être le vestige de l'historique et des stéréotypes associés à la maladie mentale (Dein et coll., 2016) et à la sexualité. La sexualité a souvent été associée à une cause ou un symptôme de la psychopathologie par le passé (Deegan, 1999). Encore aujourd'hui,

la société associe « la maladie mentale [à] des comportements considérés comme déviants (c.-à.-d., en dehors des normes sociales) » (Yvon et Prouteau, 2017, p. 128). La présente étude met en lumière des résultats qui concordent avec cette vision des choses et corroborent ce préjugé. Les participantes rapportent plusieurs commentaires et gestes discriminants de leurs collègues à l'égard de la clientèle réalisant certaines activités sexuelles ou ayant des pratiques sexuelles qui s'éloignent de ce que les intervenants considèrent comme normal. Cela est illustré par des termes comme « fait un bon trouble de personnalité » ou « est instable » lorsque les clients ont des pratiques sexuelles fréquentes. En cohérence avec ces propos, un participant à l'étude de Deegan (1999) s'exprime ainsi sur cette discrimination :

> […] la société accepte que le pauvre jugement et le manque de perspicacité font partie de la vie quotidienne et que les personnes non diagnostiquées peuvent et font des choix autodestructeurs. En espérant qu'ils apprennent et grandissent à travers ces risques et ces échecs. Toutefois, une fois diagnostiqué avec une maladie mentale sévère, il est souvent assumé que notre comportement est seulement déterminé par la maladie. Ainsi, si nous faisons les mêmes choix autodestructeurs et non judicieux qu'une personne non diagnostiquée fait, les autorités se sentent obligées d'intervenir de manière paternaliste dans nos vies [traduction libre] (Deegan, 1999, p. 12).

Les propos des participantes, en plus des propos relevés par un participant de l'étude de Deegan (1999), semblent révélateurs de la présence de sanisme en santé. Rappelons que le sanisme correspond à un système de croyances et d'oppression suivant lequel les personnes ayant un problème de santé mentale sont injustement stigmatisées et discriminées (Leblanc et Kinsella, 2016). En d'autres mots, le besoin de sexualité chez les personnes ayant un problème de santé mentale peut être pathologisé par certains intervenants parce que les personnes ayant un problème de santé mentale sont dévaluées, infantilisées, infériorisées.

Non seulement la stigmatisation liée à la santé mentale engendre des injustices sociales liées à l'accès à des soins de santé et des services sociaux appropriés, mais elle engendre aussi des injustices occupationnelles, en ceci que ce manque d'accès impacte négativement l'engagement dans la sexualité des adultes ayant un trouble mental. Les participantes rapportent que la stigmatisation de la société envers la clientèle pouvait diminuer leurs opportunités d'engagement dans cette occupation. Autrement dit, les préjugés à l'égard de la santé mentale peuvent avoir, selon les participantes, un impact sur les relations interpersonnelles des personnes

vivant avec un problème de santé, lesquelles sont pourtant nécessaires pour certaines personnes à la réalisation de l'occupation de la sexualité. L'étude de Sakellariou et Algado (2006a), qui a pour objet les injustices occupationnelles en lien avec la sexualité, arrive à des conclusions semblables. Bien que les participants à la recherche de Sakellariou et Algado (2006a) soient des blessés médullaires, la stigmatisation associée à l'incapacité physique empêche les individus de s'engager pleinement dans cette occupation. D'ailleurs, ces auteurs suggèrent « que ce sont les croyances et les attitudes sociétales qui mettent ces personnes en situation de faiblesse, qui sont les plus difficiles à changer et qui influencent la participation à la sexualité d'une manière négative » [traduction libre] (Sakellariou et Algado, 2006a, p. 74). Ces situations dues à la stigmatisation semblent correspondre à une injustice occupationnelle de type marginalisation où les adultes ayant un problème de santé mentale sont exclus socialement en raison de préjugés négatifs perpétrés à leur endroit (Hocking, 2017). Cela diminue leurs opportunités d'engagement dans l'occupation de la sexualité. Cette marginalisation aurait pour effet d'augmenter le fossé qui se présente entre la population générale et la population ayant un problème de santé mentale, eu égard à cette occupation. Il est encore une fois difficile d'affirmer avec certitude la présence de marginalisation occupationnelle, mais elle se dégage des résultats et des écrits sur le sujet.

6.3.3 Déséquilibre occupationnel

En lien avec la stigmatisation précédemment énoncée, le fait d'être considérée comme différente suscite des réflexions chez la clientèle sur ce qu'est être normal. Selon une participante, plusieurs de ses clientes se questionnent sur ce qu'est une sexualité dite normale. Cette participante rapporte que la société semble créer une pression de normalité et pouvant ainsi engendrer une injustice occupationnelle de type déséquilibre (Stadnyk et coll., 2010, cité par Durocher et coll., 2014). En d'autres mots, les clientes peuvent être insatisfaites de leur engagement dans l'occupation de la sexualité, en raison de ce qui est considéré comme une sexualité « normale » et non en raison de leur propre insatisfaction. Bien que cette piste soit intéressante, une seule participante la mentionne et aucune étude ne discute de cet élément.

Somme toute, selon les ergothérapeutes, les adultes ayant un problème de santé mentale vivent des privations et des aliénations occupationnelles en raison du manque de soins de santé et de services sociaux répondant à leurs besoins et en raison des effets secondaires de la médication. Également, les adultes peuvent vivre également de la marginalisation occupationnelle, en raison de la stigmatisation associée à la santé mentale et, plus largement, en raison du sanisme. Finalement, un déséquilibre occupationnel peut être vécu comme une injustice liée à la pression de la société d'avoir une sexualité dite « normale ». Advenant que des activités sexuelles soient réalisées pour répondre à cette pression sociale, on pourrait même parler d'aliénation occupationnelle, en ceci que la personne ne se respecte pas pour répondre à une certaine vision sociale.

6.4 Impact de la culture occidentale

La présente étude met en lumière le fait que l'intégration de la sexualité à la pratique ergothérapique représente un défi pour les ergothérapeutes travaillant en santé mentale, et ce, même pour celles qui valorisent cette occupation et souhaitent l'intégrer à leur pratique. Elle a permis entre autres de relever des barrières faisant en sorte qu'elles n'abordent pas la sexualité ou ne l'habilitent pas adéquatement, comme présenté et expliqué antérieurement. Ces barrières sont discutées dans plusieurs études depuis plusieurs années, notamment depuis 1997, comme l'illustre le Tableau 2.

Tableau 2

Pérennité des barrières de l'habilitation à la sexualité chez les ergothérapeutes

Certaines barrières nommées dans la présente recherche	**Études dont les résultats relèvent également ces barrières**
Manque de connaissances	Couldrick, 1998; Hyland et McGrath, 2013; McGrath et Lynch, 2014; Penna Sheehy, 2000; Yallop et Fitzgerald, 1997
Valeurs et croyances personnelles	Couldrick, 1998; Pollard et Sakellariou, 2007; Yallop et Fitzgerald, 1997
Pratiques organisationnelles qui ne priorisent pas la sexualité (ex. mandat)	Hyland et McGrath, 2013; McGrath et Lynch, 2014
Manque de clarté du rôle de l'ergothérapeute en lien avec la sexualité	Couldrick, 1998; Esmail et coll., 2002; Hyland et McGrath, 2013; McGrath et Lynch, 2014; Yallop et Fitzgerald, 1997
Tabou relié à la sexualité	Couldrick, 1998

On constate donc une difficulté qui perdure quant à la réponse adéquate à ces besoins occupationnels, ce qui est préoccupant. McGrath et Lynch avaient fait aussi ce constat, en 2014.

Il importe donc de se questionner sérieusement sur la raison de l'absence de l'évolution dans la pratique des ergothérapeutes quant à l'habilitation à l'occupation qu'est la sexualité.

Un éditorial rédigé par McGrath et Sakellariou (2016) se penche spécifiquement sur la question. Ces auteurs suggèrent que des éléments culturels contribuent à expliquer la dévaluation de cette occupation. Puisque l'ergothérapie s'est développée principalement dans des pays occidentaux, donc chrétiens, par des personnes blanches de classes moyennes, les concepts et les modèles entourant la profession de l'ergothérapie découlent de cette culture et expliquent l'exclusion de la sexualité de la pratique courante des ergothérapeutes (McGrath et Sakellariou, 2016). Un autre éditorial soutient cette idée en mentionnant que « les priorités de la recherche, de l'enseignement et de la pratique de la profession sont teintées par la vision du monde de la classe moyenne » [traduction libre] (Pollard et Sakellariou, 2007, p. 363). La proposition de McGrath et Sakellariou (2016) concorde aussi avec Bozon (2001) qui discute de l'influence de la chrétienté sur la vision occidentale de la sexualité.

McGrath et Sakellariou (2016) condamnent le fait que la sexualité ne soit pas considérée comme une activité essentielle dans la culture occidentale. Les soins personnels et les activités productives, telles que le travail sont perçus comme des activités plus importantes. Puisque les ergothérapeutes peuvent déterminer la signifiance et la légitimité accordées aux occupations (Pollard et Sakellariou, 2007), les occupations qui sont considérées insignifiantes, soit celles souvent associées au plaisir, au désir et à leur caractère non obligatoire, comme les loisirs et la sexualité, sont facilement exclues de la pratique usuelle des ergothérapeutes, au détriment des occupations socialement jugées plus importantes (McGrath et Sakellariou, 2016), et ce, en dépit des préférences de la clientèle. Malgré le fait que la sexualité soit mentionnée comme activité de la vie quotidienne depuis 1989 (selon Couldrick, 1998) et que la sexualité fasse partie des besoins de bases de la pyramide de Maslow (1997), la littérature documente la sexualité comme une activité non essentielle, et donc optionnelle dans le cadre de la pratique ergothérapique (Penna et Sheehy, 2000) et moins primordiale que l'hygiène et la mobilité (Couldrick, 1998). McGrath et Sakellariou (2016) illustrent cette liaison entre l'ignorance de la sexualité dans la pratique et le caractère optionnel accordé à cette occupation :

> […] le lien explicite entre la sexualité et le désir, en opposition au devoir et à l'obligation, semble soutenir la nature illégitime de la sexualité comme une préoccupation valide lorsque les thérapeutes sont confrontés à des ressources limitées [traduction libre] (p. 2).

En d'autres termes, les ergothérapeutes ont tendance à délaisser ou à moins bien soutenir l'occupation qu'est la sexualité, en outre parce que la culture occidentale ne considère pas la sexualité comme une priorité pour l'individu. Cela expliquerait pourquoi les barrières nommées dans la présente étude sont les mêmes qui sont mentionnées dans les études des deux dernières décennies. Même si la sexualité est reconnue comme importante pour le client et dans la profession de l'ergothérapie, ces valeurs sont confrontées aux valeurs sociales profondément ancrées dans la culture occidentale. Ce manque d'évolution a mis en lumière un possible aveuglement éthique chez les ergothérapeutes, c'est-à-dire une situation non perçue par une personne qui bafoue des valeurs, soit ici la justice occupationnelle liée à la sexualité.

6.5 Pistes de solution envisagées

Afin de réduire les enjeux éthiques et occupationnels liés à la sexualité, les participantes proposent plusieurs pistes de solution. Premièrement, certaines requièrent principalement l'utilisation du rôle d'agent de changement de l'ergothérapeute (ACE, 2012). Les participantes rapportent que revendiquer pour plus de ressources professionnelles leur permettrait entre autres de mieux cadrer leur rôle et d'être plus à l'aise à aborder la sexualité suivant une approche occupationnelle. Cette solution est en cohérence avec l'étude de Couldrick (1999) qui propose comme avenue de recherche la clarification du rôle de l'ergothérapeute en lien avec l'occupation qu'est la sexualité. De plus, il serait à l'avantage des ergothérapeutes à revendiquer la présence de sexologues dans leur équipe multidisciplinaire ou interdisciplinaire. Ces professionnels sont les spécialistes de la santé sexuelle (OPSQ, 2021) et seraient un atout intéressant pour l'équipe et les clients.

Une autre revendication possible est en lien avec le tabou associé à la sexualité. Les participantes proposent de parler davantage de la sexualité en général et d'avoir davantage d'éducation à la sexualité suivant une perspective occupationnelle. Cette formation sur le sujet permettrait de diminuer une barrière principale selon les participantes, soit le manque de

connaissances. Cela concorde avec les solutions proposées dans les études antérieures, par exemple l'intégration de la sexualité dans le cursus scolaire universitaire (Areskoug-Josefsson et Fristedt, 2019 ; Young et coll., 2020) et la formation continue (Haboubi et Lincoln, 2003; Young et coll., 2020). Un autre moyen proposé par les participantes pour diminuer cette barrière est la production de données probantes sur l'habilitation à la sexualité, particulièrement avec la clientèle ayant un problème de santé mentale. Hyland et McGrath (2013) proposent également la production de guides de pratique afin d'outiller davantage les ergothérapeutes. Ces auteurs mentionnent toutefois qu'un simple guide de pratique ne peut pas à lui seul changer profondément une pratique, mais peut à tout le moins augmenter la conscience sur le sujet et donc engendrer un changement dans la pratique.

En outre, les participantes ont proposé diverses solutions pour aborder la sexualité dans le cadre de la pratique ergothérapique selon le degré de confort de chaque ergothérapeute. Pour augmenter l'aisance avec le sujet, les participantes proposent la discussion avec des pairs, qui a été également proposée comme solution par Young et ses collaborateurs (2020) et L'écuyer (2018). Toujours dans ce même but, la consultation de données probantes afin de se familiariser avec le sujet a été suggérée comme moyen par les participantes. Par ailleurs, les participantes à la présente étude proposent différentes manières d'aborder la sexualité dans le cadre de leur pratique qui peut convenir aux préférences de chaque ergothérapeute. Voici quelques exemples proposés. Tout d'abord, la sexualité peut être abordée systématiquement à chaque suivi (dans l'évaluation ou dans l'intervention). L'étude de Sakellariou et Algado (2006b) soutient cette proposition contrairement à l'étude de Penna et Sheehy (2000) qui documente le point de vue d'ergothérapeutes qui pensent que ce sont aux clients d'aborder la sexualité, s'ils en ressentent le besoin. Un autre exemple donné est de l'aborder de manière indirecte, notamment par les relations. Cette approche est toutefois critiquée par certains auteurs, puisqu'elle peut encourager la culture monogame et hétéronormative (Pollard et Sakellariou, 2007) ainsi que la supposition que la sexualité doit nécessairement se pratiquer en couple.

En ce qui touche l'aisance du client sur le sujet, les ergothérapeutes proposent des stratégies en lien avec l'environnement, plus précisément d'avoir un endroit intime. Un local où les personnes hospitalisées ayant un problème de santé mentale peuvent pratiquer l'occupation

de la sexualité a été proposé par les participantes de la présente étude, mais également celle de Deegan (1999). Un endroit respectant la confidentialité est aussi important selon les participantes pour aider le client à s'ouvrir sur le sujet lors des rencontres individuelles avec l'ergothérapeute. Un environnement qui démontre une ouverture augmente l'aisance du client selon la littérature (Couldrick et coll., 2010; Rose et Hughes, 2018). Finalement, les participantes expliquent l'importance de donner la permission de parler de sexualité à leurs clients, sans les obliger à le faire. Cela concorde avec les conclusions de l'étude de Couldrick (1999).

Enfin, certaines études consultées proposent des solutions pouvant s'appliquer aux enjeux discutés dans cette étude. Tout d'abord, McGrath et Sakellariou (2016) proposent d'ajouter une approche centrée sur les droits de la personne. Cette approche propose de considérer qu'il s'agit d'un droit des clients d'aborder l'occupation qu'est la sexualité qu'il faut respecter en tant qu'ergothérapeute. Elle permet donc d'améliorer l'intégration de la sexualité à la pratique des ergothérapeutes et de diminuer les biais négatifs entourant cette occupation qu'apportent les valeurs de la culture occidentale (McGrath et Sakellariou, 2016). Enfin, une autre solution est d'inclure dans les milieux des groupes de discussion pour favoriser la réflexion sur les attitudes des thérapeutes sur la sexualité et la communication entre les pairs, autant en pratique qu'en formation (Areskoug-Josefsson et Fristedt, 2019; Yallop et Fitzgerald, 1997).

6.6 Forces et limites de l'étude

Cette étude comporte des forces et limites. Pour ce qui est des forces, cette étude a donné la parole à des ergothérapeutes qui travaillent en santé mentale sur un sujet trop peu discuté en ergothérapie. En ce sens, bien que modestement compte tenu du faible échantillon, celle-ci contribue au développement des connaissances dans ce domaine peu exploré par les chercheurs. Les études dans le domaine de l'éthique appliquée sont encore peu nombreuses en ergothérapie. Ainsi, une autre force réside dans l'intégration du cadre conceptuel (définition des types d'enjeux éthiques et d'injustices occupationnelles) dans le guide d'entrevue qui a permis aux participantes de mieux réfléchir aux enjeux éthiques, aux injustices occupationnelles et à leurs solutions.

En contrepartie, une des limites principales est que l'analyse des données a été réalisée que par une personne, soit l'étudiante-chercheuse. La fiabilité des résultats en est donc affectée, puisqu'aucune autre personne indépendante, qu'il s'agisse d'un co-analyste ou d'une participante à l'étude, n'a validié les analyses, c'est-à-dire les interprétations et les conclusions émises par l'étudiante-chercheuse (Fortin et Gagnon, 2016). Une autre limite importante de l'étude est l'absence de saturation des données. Cinq participants et plus sont nécessaires pour l'atteinte de la saturation (Fortin et Gagnon, 2016). Cela n'est pas le cas avec cette présente étude qui possède un échantillon de quatre ergothérapeutes (n=4), mais dont ces dernières proviennent de 4 milieux différents. Donc, cela mène à une transférabilité moins élevée des résultats, c'est-à-dire que les résultats se transfèrent moins bien à d'autres situations ou contextes semblables (Fortin et Gagnon, 2016). De plus, seules des participantes féminines ont été recrutées. Avoir des participants ergothérapeutes masculins ou d'autres genres aurait peut-être apporté d'autres points de vue de réflexion intéressants et pertinents. Par ailleurs, il y a la présence d'un biais provenant des participantes. Effectivement, elles ont été recrutées selon une méthode non probabiliste. Ces dernières avaient déjà un intérêt pour le sujet de la sexualité. Ainsi, il n'est pas possible d'affirmer avec certitude que les résultats obtenus s'arriment à l'expérience et la réalité de tous les ergothérapeutes en lien avec la sexualité. Une triangulation des résultats avec l'expérience des personnes ayant un problème de santé mentale permettrait une meilleure description des phénomènes à l'étude (Fortin et Gagnon, 2016). Finalement, un biais peut être envisagé chez l'étudiante-chercheuse. En dépit de l'analyse des données effectuée avec rigueur ainsi que la tentative de celle-ci de mettre de côté ses opinions, il se peut que les croyances et les attitudes de l'étudiante-chercheuse face à la sexualité aient teinté les résultats, et donc, affecté la neutralité des résultats (Fortin et Gagnon, 2016). Ceci dit, la tenue d'un journal du chercheur ainsi que la lecture de l'essai par un lecteur externe ont diminué les risques de biais. Alors, l'ensemble de ses limites font qu'il faut interpréter les résultats de l'étude avec nuance et prudence. Toutefois, les résultats débutent la réflexion sur les enjeux éthiques et occupationnels et il serait pertinent de continuer cette dernière avec d'autres études.

6.7 Retombées potentielles de l'étude

Cet essai critique peut avoir des retombées dans plusieurs domaines. En ce qui touche la pratique courante des ergothérapeutes, cette étude peut permettre aux ergothérapeutes de mieux

comprendre leurs propres attitudes et croyances face à la sexualité. Cette étape est nécessaire pour appliquer les solutions adéquates qui permettront une meilleure intégration de la sexualité à la pratique (Couldrick, 1999; Northcott et Chard, 2000). Avec l'exploration de l'influence des valeurs culturelles occidentales, cela peut permettre à l'ergothérapeute d'avoir une meilleure compréhension de la pratique courante de la profession et de porter un regard critique sur l'inclusion des occupations considérées non essentielles dans les suivis, comme les loisirs et la sexualité. En outre, ce projet peut avoir montré l'importance du rôle de l'ergothérapeute eu égard la justice occupationnelle ayant trait à l'occupation qu'est la sexualité. En effet, revendiquer pour la diminution d'injustices et soutenir la clientèle à y faire face font partie des rôles de l'ergothérapeute (Townsend et Wilcock, 2004), surtout en lien avec les injustices découlant des déterminants sociaux de la santé. Finalement, les solutions proposées peuvent aider les ergothérapeutes à augmenter leur aisance avec le sujet et intégrer davantage cette occupation dans leur pratique.

En ce qui regarde le domaine politique, il serait pertinent que les ordres professionnels de la sexologie et de l'ergothérapie déterminent ensemble le rôle de chacun de ses membres en lien avec la sexualité. En effet, avoir plus de clarté à ce niveau permettrait d'offrir de meilleurs services à la population et aiderait également les ergothérapeutes à mieux définir leur rôle en lien avec l'occupation qu'est la sexualité, tout en respectant le champ d'expertise des sexologues.

En ce qui concerne le domaine de l'enseignement, cette recherche a montré l'importance d'inclure la sexualité aux formations universitaire et continue, afin d'outiller davantage les ergothérapeutes en devenir et les ergothérapeutes en exercice pour soutenir cette occupation, mais aussi pour diminuer le tabou qui lui est associé.

Finalement, pour le domaine de la recherche scientifique, des études supplémentaires sont nécessaires pour comprendre ces phénomènes plus en profondeur. En voici quelques exemples. Il serait intéressant d'étudier davantage l'occupation qu'est la sexualité et d'élucider le rôle concret de l'ergothérapeute lors de l'habilitation à cette occupation. Aussi, il serait pertinent de développer des guides d'interventions ainsi que des outils d'évaluation afin

d'outiller davantage les ergothérapeutes dans l'habilitation à la sexualité. Certains auteurs se sont déjà penchés sur un outil d'évaluation et la définition de la sexualité (Walker et coll., 2020), mais cela pourrait être davantage exploré, c'est-à-dire auprès de clientèles variées. Également, il serait intéressant de documenter l'impact de la culture sur l'intégration de la sexualité dans la pratique clinique afin de réduire l'écart entre la pratique idéale et la pratique concrète des ergothérapeutes en lien avec la sexualité. En outre, il serait intéressant de documenter les différents types d'interventions que font actuellement les ergothérapeutes en lien avec la sexualité et les comparer à la classification de McColl et Law (2013) afin de déterminer leur efficacité. De plus, cela permettrait peut-être d'identifier de nouvelles pistes d'interventions. Finalement, il serait nécessaire de documenter la perception des adultes ayant un problème de santé mentale sur la satisfaction de leur engagement occupationnel liée à la sexualité et des injustices qu'ils peuvent vivre, le cas échéant. Avoir le point de vue des personnes concernées sur la problématique demeure essentiel pour trianguler les résultats de la présente étude.

7. CONCLUSION

Ce projet de recherche a permis d'explorer certains enjeux éthiques et occupationnels liés à la sexualité en ergothérapie avec la clientèle adulte ayant un problème de santé mentale. De plus, des pistes de solutions ont été proposées pour remédier à ces enjeux. Quatre ergothérapeutes ont été interrogées en entrevue individuelle sur le sujet. Cette étude s'ajoute à la littérature sur l'ergothérapie et la sexualité, laquelle demeure limitée à ce jour. Le principal enjeu éthique qui émerge des résultats met en péril la valeur de la justice occupationnelle, en ceci que l'engagement dans l'occupation qu'est la sexualité est compromis pour maints adultes vivant avec un trouble de santé mentale. Plusieurs barrières agissant à différents niveaux diminuent le degré d'aisance et les choix d'actions des ergothérapeutes et limitent l'ergothérapeute dans son désir de contribuer à l'habilitation de clientèle à l'occupation qu'est la sexualité. Cet enjeu est vécu comme une détresse éthique (Swisher et coll., 2005) par les participantes. Par ailleurs, les ergothérapeutes ont identifié plusieurs injustices occupationnelles que peut vivre la clientèle ciblée, lesquelles ont pour cause les effets secondaires de la médication, l'absence de soins et de services appropriés, les normes de la société ainsi que la stigmatisation associée à la santé mentale. Les injustices occupationnelles sont de type privation, aliénation, déséquilibre et marginalisation occupationnels. Une autre injustice découle du silence sur la sexualité dans le système de santé, faisant en sorte que cette occupation n'est pas abordée dans les mandats ni dans certaines pratiques courantes. Des questionnements sur la nature de cette absence et le manque d'évolution des barrières à l'habilitation à la sexualité sont formulés dans cet essai. Finalement, plusieurs solutions sont proposées mettant en lumière l'importance du rôle d'agent de changement de l'ergothérapeute. Ces dernières se résument comme suit : revendiquer, considérer l'aisance de l'ergothérapeute et du client, en plus d'obtenir davantage de formations.En conclusion, un autre enjeu soulevé par les participantes à l'étude et d'autres écrits est la limite floue entre les champs d'expertise de l'ergothérapeute et du sexologue en lien avec la sexualité. Il serait intéressant de définir davantage le rôle de chacun afin de mettre de l'avant la spécificité des contributions de l'ergothérapie dans le cadre de l'habilitation à cette occupation et de diminuer certaines barrières personnelles et organisationnelles pour ce faire, lesquelles perdurent depuis un moment déjà.

RÉFÉRENCES

American Occupational Therapy Association (AOTA). (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). *American Journal of Occupational Therapy, 74*(Supplement 2), 1-87. https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001

Antebi-Gruszka, N., Spence, D., & Jendrzejewski, S. (2019). Guidelines for mental health practice with clients who engage in sex work. *Sexual et Relationship Therapy, 34*(3), 339-354. doi:10.1080/14681994.2019.1573978

Areskoug-Josefsson, K., & Fristedt, S. (2019). Occupational therapy students' views on addressing sexual health. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 26*(4), 306-314. doi:10.1080/11038128.2017.1418021

Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada.* CAOT Publications ACE.

Auger, L. P., Pituch, E., Filiatrault, J., Courtois, F., & Rochette, A. (2021). Implementation of a sexuality interview guide in stroke rehabilitation: a feasibility study. *Disability and rehabilitation*, 1–9.

Auxéméry, Y. (2015). « Névrose » et « Psychose » : quelles définitions pour la psychiatrie contemporaine ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 173*(8), 643-648. Doi : https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.12.015

Baker, A. E. Z., & Procter, N. G. (2014). Losses related to everyday occupations for adults affected by mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 21*(4), 287–294. https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.3109/11038128.2014.894571

Bélanger, S. (2016). *Lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé. Guide d'accompagnement.* Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-914-06W.pdf

Bérard, A.-M. (2008). La relation sexuelle : revue et recadrée! *Ça sexprime,* (*11*, publication n° 07-314-03F), 1-16. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-314-03F.pdf

Bozon, M. (2001). Chapitre 8. Sexualité et genre. Dans J. Laufer (dir.), *Masculin-Féminin questions pour les sciences de l'homme* (p. 169-186). Presses Universitaires de France. https://doi.org/10.3917/puf.laufe.2001.01.0169"

Buckley, P. F., & Hyde, J. L. (1997). State hospitals' responses to the sexual behavior of psychiatric inpatients. *Psychiatric Services, 48*(3), 398-399.

Cook, C., Schouten, V., Henrickson, M., & McDonald, S. (2017). Ethics, intimacy and sexuality in aged care. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley et Sons, Inc.), 73*(12), 3017-3027. doi:10.1111/jan.13361

Couldrick, L. (1998). Sexual Issues within Occupational Therapy, Part 1: Attitudes and Practice. *British Journal of Occupational Therapy, 61*(12), 538-544. doi:10.1177/030802269806101201

Couldrick, L. (1999). Sexual Issues within Occupational Therapy, Part 2: Implications for Education and Practice. *British Journal of Occupational Therapy, 62*(1), 26-30. doi:10.1177/030802269906200107

Couldrick, L. (2005). Sexual Expression and Occupational Therapy. *British Journal of Occupational Therapy, 68*(7), 315-318.

Couldrick, L., Sadlo, G., & Cross, V. (2010). Proposing a new sexual health model of practice for disability teams: the Recognition Model...including commentary by Kennedy P and Peate I. *International Journal of Therapy et Rehabilitation, 17*(6), 290-299. doi:10.12968/ijtr.2010.17.6.48152

Daines, B. (2006). Violations of agreed and implicit sexual and emotional boundaries in couple relationships - some thoughts arising from Levine's 'A clinical perspective on couple infidelity'. *Sexual and Relationship Therapy, 21*(1), 45-53. doi:10.1080/14681990500430011

Deegan, P.E. (1999). Human Sexuality and Mental Illness : Consumer Viewpoints and Recovery Principles. Dans P. F. Buckley (dir.). *Sexualité and Serious Mental Illness* (vol. 7, p. 21-44). Hardwood academic publishers.

Dein, K. E., Williams, P. S., Volkonskaia, I., Kanyeredzi, A., Reavey, P., & Leavey, G. (2016). Examining professionals' perspectives on sexuality for service users of a forensic psychiatry unit. *International Journal of Law et Psychiatry, 44,* 15-23. doi:10.1016/j.ijlp.2015.08.027

DePoy, E., & Gitlin, L.N. (2011). *Introduction to Research. Understanding and Applying Multiple Strategies*. Elsevier Mosby.

Drolet, M.-J. (2014a). *De l'éthique à l'ergothérapie : la philosophie au service de la pratique ergothérapique*, 2e édition. Presses de l'Université du Québec.

Drolet, M-J. (2014b). The axiological ontology of occupational therapy: A philosophical analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 21*(1), 2-10.

Durocher, E., Gibson, B.E., & Rappolt, S. (2014). Occupational justice: A conceptuel review. *Journal of Occupational Science, 21*(4), 418-430.

Éditeur officiel du Québec. (2020, 31 décembre). *Code de déontologie des ergothérapeutes*. http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cr/C-26,%20R.%20113.01.pdf

Esmail, S., Esmail, Y., & Munro, B. (2001). Sexuality and disability: The role of health care professionals in providing options and alternatives for couples. *Sexuality and Disability, 19*(4), 267-282. doi:10.1023/A:1017905425599

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e édition). Chenelière éducation.

Fouché, L. (2014). An Occupational Therapist's Perspective on Sexuality and Psychosocial Sexual Rehabilitation. Dans R. B. Crouch et V. M. Alers (dir.), *Occupational therapy in psychiatry and mental health* (5e édition, p. 212-226). Wiley Blackwell.

Fulford, K.W.M. (2004). Facts/values. Ten principles of values-based medicine. Dans J. Radden (dir.), *The philosophy of psychiatry*. (p. 205-234). Oxford University Press.

Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : théories, pratique et évaluation. Dans J. Poupart, L.H. Groulx, J.P. Deslauriers, A. Lapierre, R. Mayer et A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, (p. 366-391). Gaëtan Morin.

Giroux-Benoit, C. (2018). *Relations entre l'image corporelle, la dépendance aux réseaux sociaux et l'hypersexualisation chez les adolescents*. [Essai, Université du Québec à Trois-Rivières]. Cognito. http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/8360/1/031930049.pdf

Goulet-Pelletier, F. (2019, décembre). *L'évolution des représentations des crimes sexuels et du harcèlement sexuel dans les téléséries américaines de fiction post #Metoo.* [Mémoire, Université de Montréal]. Papyrus. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/24301/Goulet_Pelletier_Fran%c3%a7oise_2019_memoire.pdf?sequence=4etisAllowed=y

Gouvernement du Canada. (2015, 20 février). *Santé sexuelle et promotion*. https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/vie-saine/sante-sexuelle-promotion.html

Gouvernement du Canada. (2019). *Comprendre le rapport sur Les principales inégalités en santé au Canada.* https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/comprendre-rapport-principales-inegalites-sante-canada.html

Gouvernement du Québec. (2016). *Globalité de la sexualité*. Santé Montréal. https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/sujets-de-a-a-z/sexoclic/comprendre/globalite-de-la-sexualite/

Gouvernement du Québec. (2021). *Maladie mentale*. Québec. quebec.ca/sante/problemes-de-sante/maladie-mentale

Haboubi, N. H. J., & Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability et Rehabilitation, 25*(6), 291-296. doi:10.1080/0963828021000031188

Hammel, K.W. (2014). Critial reflections on occupational justice: Toward a rights-based approach to occupational opportunities. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 84*(1), 47-57.

Hayward, P., & Bright, J. A. (1997). Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health, 6(*4), 45-354.

Hocking, C. (2017). Occupational justice as social justice: The moral claim for inclusion. *Journal of Occupational Science, 24*(1), 29-42.

Husserl, E. (1970). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology*. Northwestern University Press.

Hyland, A., & Mc Grath, M. (2013). Sexuality and occupational therapy in Ireland - a case of ambivalence? *Disability et Rehabilitation, 35*(1), 73-80. doi:10.3109/09638288.2012.688920

Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Santé mentale 2012*. Gouvernement du Québec. https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_portrait_sante_mentale2015H00F00.pdf

Institut national de santé publique (INSPQ). (2012). Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. *Surveillance des maladies chroniques, 6. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf*

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2019). *Santé mentale et trouble mentaux : portrait d'information périnatale.* Gouvernement du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/information-perinatale/sante-mentale.pdf

Jagus, C. E., & Benbow, S. M. (2002). Sexuality in older men with mental health problems. *Sexual et Relationship Therapy, 17*(3), 271-279.

Kinsella, E.A., Park, A., Appiagyei, J., Chang, E., & Chow, D. (2008). Through the eyes of students. Ethical tensions in occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(3), 176-183.

L'écuyer, K. (2018, décembre). *Étude de la contribution d'un groupe d'intérêt virtuel visant à soutenir des ergothérapeutes afin d'habiliter l'occupation de la sexualité dans leur pratique*. [Essai, Université du Québec à Trois-Rivières]. Cognito. http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/8520/1/032105285.pdf

Larivière, N., Drolet, M.-J., & Jasmin, E. (2019). La justice sociale et occupationnelle. Dans Jasmin, E. (dir). *Des sciences sociales à l'ergothérapie : Mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation de l'occupation.* Presses de l'Université du Québec.

Le Manuel Merck. (2021). *Trouble psychiatriques*. Le Manuel Merck : version pour les professionnels de la santé. https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/troubles-psychiatriques

Leblanc, S. B., & Kinsella, E. A. (2016). Toward epistemic justice: a critically reflexive examination of 'sanism' and implications for knowledge generation. *Studies in Social Justice, 10*(1), 59–78. https://doi.org/10.26522/ssj.v10i1.1324

Link, B. G., & Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 363-385.

Mahieu, L., Anckaert, L., & Gastmans, C. (2017). Intimacy and Sexuality in Institutionalized Dementia Care: Clinical-Ethical Considerations. *Health Care Analysis, 25*(1), 52-71. doi:10.1007/s10728-014-0287-2

Maslow, H.A. (1997). *Hierarchy of Needs: A Theory of Human Motivation.* Pearson Publication.

Maylea, C. (2019). The capacity to consent to sex in mental health inpatient units. *Australian et New Zealand Journal of Psychiatry, 53*(11), 1070-1079. doi:10.1177/0004867419850320

McColl, M. A., & Law, M. (2013). Interventions affecting self-care, productivity, and leisure among adults: a scoping review. *OTJR: occupation, participation and health, 33*(2), 110–119. https://doi.org/10.3928/15394492-20130222-01

McGrath, M., & Lynch, E. (2014). Occupational therapists' perspectives on addressing sexual concerns of older adults in the context of rehabilitation. *Disability et Rehabilitation, 36*(8), 651-657. doi:10.3109/09638288.2013.805823

McGrath, M., & Sakellariou, D. (2016). Why Has So Little Progress Been Made in the Practice of Occupational Therapy in Relation to Sexuality? *American Journal of Occupational Therapy, 70*(1), 1-5. doi:10.5014/ajot.2016.017707

Mental Health Commission of Canada (MHCC). (2015). *Informing the Future: Mental Health Indicators for Canada*. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Informing%252520the%252520Future%252520-%252520Mental%252520Health%252520Indicators%252520for%252520Canada_0.pdf

Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) et Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2003). *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation.* Ministère de l'éducation. http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/19-7048.pdf

Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES). (2018). *Contenu en éducation à la sexualité.* http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/education/adaptation-scolaire-services-comp/EDUC-Contenus-Sexualite-GrandPublic.pdf

Muslemani, S., Berniquez, É., Cloutier, J., Lamoureux, G., Lefebvre, L., Mailhot Tanguay, C., Gagnon-Roy, M., Plourde, A., & Gagnon, C. (2019). *Guide de pratique en ergothérapie – Favoriser la sexualité et la vie amoureuse des adultes présentant une maladie neuromusculaire.* Université de Sherbrooke/Groupe de recherche interdisciplinaire sur les maladies neuromusculaires. https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/13738/ERGO_MNM_Sexualite_Final_fr.pdf?sequence=6etisAllowed=y

Northcott, R., & Chard, G. (2000). Sexual Aspects of Rehabilitation: the Client's Perspective. *British Journal of Occupational Therapy, 63*(9), 412-418. doi:10.1177/030802260006300902

O'Reilly, L., & Cara, C. (2014). La phénoménologie de Husserl : Application de la méthode Investigation relationnelle *Caring* pour mieux comprendre l'expérience infirmière d'« être avec » la personne soignée en réadaptation. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 29-50). Presses de l'Université du Québec.

Office des professions. (2019, 20 juin). *Nombre de membres selon le genre par ordre professionnel au 31 mars 2019*. https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Statistiques/2018-2019/Membres_selon_genre_2019-03-31.pdf

Ordre professionnel des sexologues du Québec (OPSQ). (2021). *Le sexologue*. https://opsq.org/le-sexologue/

Organisation mondiale de la <santé (OMS). (2018, 30 mars). *Santé mentale : renforcer notre action.* https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1985). *Constitution de l'organisation mondiale de la santé*. https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf?ua=1

Parent, L. (2017). Ableism/disablism, on dit ça comment en français?. *Canadian Journal of Disability Studies, 6*(2), 183–212. https://doi.org/10.15353/cjds.v6i2.355

Pariseau-Legault, P., Holmes, D., Ouellet, G., &Vallée-Ouimet, S. (2019). An ethical inquiry of support workers' experiences related to sexuality in the context of intellectual disabilities in Quebec, Canada. *British Journal of Learning Disabilities, 47*(2), 116-125. doi:10.1111/bld.12264

Penna, S., & Sheehy, K. (2000). Sex education and schizophrenia: should occupational therapists offer sex education to people with schizophrenia? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 7*(3), 126-131. doi:10.1080/110381200300006078

Polatajko, H., Backman, C., Baptiste, S., Davis, J., Eftekhar, P., Jarman, J., Krupa, T., Lin, N., Pentland, W., Laliberte Rudman, D., Shaw, L., Amoroso, B., & Connor-Schisler, A. (2013). Chapitre 2. L'occupation humaine mise en context. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko. *Habileter à l'occupation. Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e édition). CAOT Publications ACE.

Pollard, N., & Sakellariou, D. (2007). Sex and occupational therapy: contradictions or contraindications? *British Journal of Occupational Therapy, 70*(8), 362-365. doi:10.1177/030802260707000807

Rose, N., & Hughes, C. (2018). Addressing Sex in Occupational Therapy: A Coconstructed Autoethnography. *American Journal of Occupational Therapy, 72*(3), 1-6. doi:10.5014/ajot.2018.026005

Sakellariou, D., & Algado, S. S. (2006a). Sexuality and disability: a case of occupational injustice. *British Journal of Occupational Therapy, 69*(2), 69-76. doi:10.1177/030802260606900204

Sakellariou, D., & Algado, S. S. (2006b). Sexuality and occupational therapy: exploring the link. *British Journal of Occupational Therapy, 69*(8), 350-356. doi:10.1177/030802260606900802

Sundby, J. (2006). Young people's sexual and reproductive health rights. *Best Practice et Research: Clinical Obstetrics et Gynaecology, 20*(3), 355-368.

Swisher, L.L., Arsalanian, L.E., & Davis, C.M. (2005). The realm-individual-process situation (RIPS) model of ethical decision making, *HPA Resource, 5*(3), 3-8.

Townsend, E., & Wilcock, A. (2004). Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progres. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 71*(2), 75-87.

Walker, B. A., Otte, K., LeMond, K., Hess, P., & Kaizer, K. (2020). Development of the Occupational Performance Inventory of Sexuality and Intimacy (OPISI): Phase One. *Open Journal of Occupational Therapy (OJOT), 8*(2), 1-18. doi:10.15453/2168-6408.1694

Wilcock, A. A. (2006). *An occupational perspective of health* (2nd ed.). SLACK.

Wilcock, A.A., & Townsend, E. (2000). Occupational terminology interactive dialogue. *Journal of Occupational Science, 7*(2), 84-86.

World Health Organisation (WHO). (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva.* https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf?ua =1

Yallop, S., & Fitzgerald, E. (1997). Exploration of occupational therapists comfort with client sexuality issues. *Australian Occupational Therapy Journal, 44*(2), 53-61.

Young, K., Dodington, A., Smith, C., & Heck, C. S. (2020). Addressing clients' sexual health in occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 87*(1), 52-62. doi:10.1177/0008417419855237

Yvon, F., & Prouteau, A. (2017). Vers une compréhension de la stigmatisation : quel est le stéréotype associé à la schizophrénie ? *Santé mentale au Québec, 42*(2), 125–131. https://www.erudit.org/en/journals/smq/2017-v42-n2-smq03262/1041919ar.pdf

ANNEXE A

AFFICHE PUBLIÉE POUR LE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS

Ergothérapeutes recherchés

TRAVAILLANT EN SANTÉ MENTALE AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE ADULTE

*Dans le cadre de l'étude « Les enjeux éthiques et occupationnels liés à la **sexualité** et pistes de solution : les perceptions des ergothérapeutes travaillant en santé mentale auprès de la clientèle adulte »*

VOTRE PARTICIPATION IMPLIQUE :

- REMPLIR UN QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE D'UNE DURÉE D'ENVIRON 5-10 MINUTES;
- RÉALISER UNE ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE D'UNE DURÉE DE 60-90 MINUTES SUR UNE PLATEFORME VIRTUELLE (ZOOM).

UQTR Savoir. Surprendre.

Pour participer à l'étude ou pour toute question, vous pouvez contacter Sandra Béliveau à sandra.beliveau@uqtr.ca

ANNEXE B

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

UQTR
Université du Québec à Trois-Rivières
Savoir. Surprendre.

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche :	Les enjeux éthiques et occupationnels liés à la sexualité et pistes de solution : les perceptions des ergothérapeutes travaillant en santé mentale auprès de la clientèle adulte
Mené par :	Sandra Béliveau, étudiante, département d'ergothérapie, maîtrise en ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières
Sous la direction de :	Marie-Josée Drolet, département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, professeure titulaire

Préambule

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre les enjeux éthiques et occupationnels liés à la sexualité d'adultes ayant un problème de santé mentale ainsi que les solutions pour y remédier, serait grandement appréciée. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire ce formulaire. Il vous aidera à comprendre ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet de recherche ou à un membre de son équipe de recherche. Sentez-vous libre de leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour lire et comprendre ce formulaire avant de prendre votre décision.

Objectifs et résumé du projet de recherche
Les objectifs de ce projet de recherche sont (1) de décrire les enjeux éthiques (soit une situation où au moins une valeur est compromise pour toute sorte de raison) liés au soutien de l'occupation qu'est la sexualité vécus par des ergothérapeutes travaillant en santé mentale auprès d'une clientèle adulte ainsi que les pistes de solutions pour y pallier, et (2) d'explorer les enjeux d'injustice occupationnelle (soit une situation dans laquelle une ou plusieurs personnes n'ont pas les mêmes possibilités sociales de s'engager dans des occupations signifiantes et qui améliore leur santé, en raison du contexte sociétal et/ou social dans lequel ils évoluent, soit un contexte peu équitable ou égalitaire) lié à la sexualité vécue par la clientèle adulte en santé mentale selon les ergothérapeutes ainsi que les solutions possibles pour y pallier.

Nature et durée de votre participation
Votre participation à ce projet de recherche consiste à remplir un questionnaire sociodémographique d'une durée d'environ 5-10 min et à participer à une entrevue d'une durée de 60-90 min concernant le soutien de l'occupation de la sexualité en ergothérapie, les enjeux éthiques liés à ce soutien et les enjeux occupationnels vécus par la clientèle en lien avec l'occupation de la sexualité ainsi que les

UQTR
Université du Québec
à Trois-Rivières
Savoir. Surprendre.

pistes de solutions pour y remédier. La réalisation de l'entrevue se fera sur la plateforme Zoom lors d'un moment convenu entre l'étudiante-chercheuse et le participant après que ce dernier est rempli un court questionnaire sociodémographique.

Risques et inconvénients
Le temps consacré au projet, soit entre 65-100 minutes environ, demeure le seul inconvénient. Il est possible que le fait de raconter votre expérience ou de répondre aux questions qui vous sont posées suscite chez vous des sentiments désagréables ou malaisants. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec l'étudiante-chercheuse.

Avantages ou bénéfices
La contribution à l'avancement des connaissances, au sujet des enjeux éthiques et occupationnels liés au soutien de la sexualité en ergothérapie ainsi que les pistes de solutions possibles pour y remédier, est un bénéfice prévu découlant de votre participation. En outre, le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité de ces enjeux et de trouver, des pistes de solution possibles pour y remédier.

Compensation ou incitatif
Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité
Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par l'utilisation de codes numériques pour identifier les participants. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'essai critique, de communications ou d'articles, ne permettront pas d'identifier les participants. Nous vous demanderons de vous placer dans un lieu (salle, pièce de la maison) fermé et privé, donc en l'absence d'autres personnes.

Les données recueillies seront conservées dans un ordinateur protégé par un mot de passe. Les seules personnes qui y auront accès seront Sandra Béliveau, étudiante-chercheuse, et Marie-Josée Drolet, directrice. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites, c'est-à-dire supprimées de tout support informatique et les corbeilles vidées, au plus tard 5 ans après la collecte et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Par ailleurs, si vous souhaitez être informé des résultats de l'étude, l'étudiante-chercheuse pourra vous les transmettre à l'adresse courriel de votre choix.

Participation volontaire
Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Responsable de la recherche
Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Sandra Béliveau à l'adresse courriel suivante : sandra.beliveau@uqtr.ca.

Université du Québec à Trois-Rivières
Savoir. Surprendre.

Surveillance des aspects éthique de la recherche
Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro [no de certificat] a été émis le [date d'émission].

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

UQTR
Université du Québec
à Trois-Rivières
Savoir. Surprendre.

CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse ou du chercheur
Moi, Sandra Béliveau, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant
Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet « Les enjeux éthiques et occupationnels liés à la sexualité et pistes de solution : les perceptions des ergothérapeutes travaillant en santé mentale auprès de la clientèle adulte ». J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

- ☐ Je consens à être enregistré/filmé lors de mon entrevue.
- ☐ J'accepte que les données recueillies à mon sujet soient consultées par Marie-Josée Drolet, directrice sur le projet.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant:	Étudiante-chercheuse :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

ANNEXE C

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Questionnaire sociodémographique
Nom : _____ Date : **2020-2021**

UQTR
Savoir. Surprendre.

Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations sur vous. Vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions. Aussi, soyez assuré que ces informations demeureront strictement confidentielles.

A) Caractéristiques personnelles

1. Quel est votre âge? _____
2. Quel est votre genre (femme, homme, transgenre, non binaire ou autre)? _____
3. Dans quel pays êtes-vous né(e)? _____
4. Appartenez-vous à une minorité culturelle? Si oui, laquelle ou lesquelles? Spécifiez.
   _____
   _____

B) Formation

1. De quelle université avez-vous obtenu le diplôme menant à l'exercice de l'ergothérapie :
   _____
2. Quel est votre plus haut degré de scolarité complété? Cochez la case appropriée.

   _____ Baccalauréat
   _____ Diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS)
   _____ Maîtrise
   _____ Doctorat
   _____ Post-Doctorat
   _____ Autre

3. Avez-vous suivi une ou des formations en éthique? Cochez la case appropriée.

   _____ Aucune
   _____ Formation de quelques heures ou jours
   _____ Cours universitaire entièrement dédié à l'éthique
   _____ Plusieurs cours universitaires entièrement dédiés à l'éthique
   _____ Diplôme universitaire dédié à l'éthique

C) Expérience de travail

1. Quel est votre titre d'emploi? _____
2. Depuis combien de temps (années) exercez-vous votre travail actuel? _____
3. Dans quelle région administrative travaillez-vous? _____

Questionnaire sociodémographique
Nom : _____ Date : **2020-2021**

4. Dans quel établissement travaillez-vous la majeure partie de votre temps à titre d'ergothérapeute?

   _____

5. Quel modèle conceptuel utilisez-vous la plupart du temps? Nommez un seul modèle conceptuel, soit celui qui domine votre pratique de l'ergothérapie. Si vous n'utilisez aucun modèle conceptuel, spécifiez-le :

   _____
   _____
   _____

6. Souhaitez ajouter autre chose en lien avec cette étude? Merci de le spécifier ici.

   _____
   _____
   _____
   _____

Merci beaucoup d'avoir rempli ce questionnaire!
Merci aussi de l'envoyer par courriel à l'étudiante-chercheuse qui vous a contacté, soit Sandra Béliveau à sandra.beliveau@uqtr.ca.

ANNEXE D

SCHÉMA D'ENTREVUE

Nom (s) : _____
Date : _____

Les enjeux éthiques et occupationnels liés à la sexualité et pistes de solution : les perceptions des ergothérapeutes travaillant en santé mentale auprès de la clientèle adulte.

SCHÉMA DE L'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE

Merci d'avoir accepté de participer à cette recherche sur les enjeux éthiques et occupationnels liés au soutien de la sexualité en ergothérapie. Votre contribution à l'avancement des connaissances dans ce domaine peu exploré par les chercheurs est grandement appréciée. Je vous rappelle que toute information personnelle divulguée ici restera confidentielle et ne sera utilisée que pour ce projet de recherche.
Si vous êtes d'accord, je vais commencer l'enregistrement audionumérique de l'entrevue.

Réchauffement

Nous avons bien reçu le questionnaire sociodémographique que vous avez rempli. Nous vous remercions pour le temps que vous y avez consacré. Nous allons l'examiner plus en profondeur éventuellement.

Pour commencer cette entrevue, nous aimerions connaitre votre perception de votre pratique auprès d'adultes ayant des services d'ergothérapie en santé mentale.

1. Pouvez-vous me décrire brièvement vos expériences professionnelles?
2. Depuis combien de temps travaillez-vous auprès de la clientèle adulte en santé mentale?
3. Quelle est votre appréciation générale de cette pratique (points positifs et négatifs)?
4. Pourquoi avez-vous opté pour cette pratique?

Partie 1 : L'occupation de la sexualité

5. Pour vous, qu'est-ce que l'occupation de la sexualité? En quoi consiste-t-elle exactement?
6. Racontez-moi s'il vous plait deux situations où vous avez abordé la sexualité avec la clientèle.
    a. Si vous ne l'abordez pas, quelles en sont les raisons?
    b. Si vous l'abordez, pourquoi est-ce important selon vous?
7. Vous sentez-vous outillé pour soutenir (aborder, évaluer, analyser, intervenir, outiller, etc.) la pratique de la sexualité dans le cadre de votre pratique? Pourquoi?
8. Dans votre milieu, quelles sont les barrières au soutien de la sexualité chez la clientèle?
9. Dans votre milieu, quels sont les facilitateurs au soutien de la sexualité chez la clientèle?
10. Dans un monde idéal, comment aborderait-on la sexualité en ergothérapie?
    a. Quels seraient les facilitateurs au soutien de la sexualité?

UQTR Savoir. Surprendre.

Nom (s) : _____

Date : _____

11. Avez-vous déjà consulté la littérature ou les bases de données pour vous renseigner au sujet de la sexualité en ergothérapie?
    a. Si oui, qu'en avez-vous retenu?
    b. Sinon, pourquoi?
    c. Connaissez-vous l'outil d'évaluation *Occupational Performance Inventory of Sexuality and Intimacy* (OPISI) ?
12. Êtes-vous à l'aise d'aborder la sexualité avec des clients ayant une orientation sexuelle différente de la vôtre le cas échéant (LGBTQIA+ ou hétérosexuelle si vous appartenez au groupe LGBTQIA+) ou avec des personnes qui ont des pratiques sexuelles hors norme? Pourquoi?
13. Est-ce que les outils (entrevue, tests, etc.) que vous utilisez sont sensibles aux différentes identités et orientations de genre? Pourriez-vous me donner un exemple concret s'il vous plait?
14. Est-ce que vous pensez que la sexualité dans le domaine de la santé est un tabou? Si oui ou non, pourquoi?

Partie 2 : Les enjeux éthiques relatifs au soutien de la sexualité

15. Vous arrive-t-il de rencontrer des enjeux éthiques liés au soutien de la sexualité? Pourriez-vous me donner un exemple concret s'il vous plait? *(Un enjeu éthique peut être défini comme une situation où au moins une valeur est compromise pour toute sorte de raison.)*

Il existe dans les écrits plusieurs types d'enjeux éthiques comme le dilemme éthique, le silence éthique et la détresse éthique (Fulford, 2004; Swisher, 2005). Si vous êtes d'accord, nous poursuivrons l'examen des enjeux éthiques à l'aide de ces typologies des enjeux.

16. Vous arrive-t-il de vivre des situations de dilemme éthique liées à la sexualité? Pourriez-vous me donner un exemple concret s'il vous plait? *(Un dilemme éthique correspond à une situation qui oppose au moins deux valeurs. Dans ce genre de situation, le professionnel est déchiré quant à l'action à accomplir, car la situation oppose au moins deux valeurs difficiles à concilier.)*

17. Vous arrive-t-il de vivre des enjeux éthiques liés à la sexualité, mais que ceux-ci ne sont pas discutés dans votre milieu? Pourriez-vous me donner un exemple concret s'il vous plait? *(Le silence éthique correspond à une situation où une ou plusieurs valeurs sont mises en péril, mais personne ne les discute ni ne les aborde, pour diverses raisons. Il est par exemple possible que le professionnel ne soit pas en mesure de repérer la ou les valeurs bafouées dans la situation ou que la délibération éthique soit contrainte dans son milieu pour différentes raisons.)*

18. Vous arrive-t-il de vivre des situations où vous savez ce que vous devriez faire, mais rencontrez des barrières qui vous empêchent d'agir en ce sens? Le cas échéant, avez-vous déjà ressenti une certaine détresse? Pourriez-vous me donner un exemple concret s'il vous plait? *(La détresse éthique se présente lorsqu'un professionnel connait la bonne action à réaliser, mais*

Nom (s) : _____

Date : _____

rencontre des barrières [généralement de nature organisationnelle] qui l'empêchent de l'accomplir, ce faisant, la ou les valeurs aux assises de cette action. Ce faisant, celui-ci est amené à vivre des émotions négatives, ce qui peut contribuer à l'épuiser affectivement, moralement.)

19. Selon vous, est-ce que vos collègues font certaines actions en lien avec la sexualité qui, sans le savoir, bafouent des valeurs importantes? *(L'aveuglement éthique est un enjeu éthique non perçu par un individu, voire une communauté, pour diverses raisons reliées à la sensibilité éthique, la socialization ou la valorisation de certaines valeurs, croyances et normes. Il amène le professionnel à agir, évaluer ou intervenir sans savoir qu'il est dans un enjeu éthique.)*

20. Rencontrez-vous dans votre pratique d'autres types d'enjeux éthiques (tentation éthique, myopie éthique, etc.)?

21. Avez-vous des idées de ce qui est ou pourrait être mis en place dans votre milieu pour vous aider à résoudre les enjeux éthiques que soulève le soutien de la sexualité?

22. Y a-t-il autre chose que vous souhaiteriez ajouter ou préciser au sujet des enjeux éthiques que soulève le soutien de la sexualité auprès d'adultes en santé mentale en ergothérapie et les manières de surmonter de tels enjeux?

Partie 3 : Enjeux éthiques liés à la justice occupationnelle

23. Pensez-vous que vos clients sont confrontés à des injustices occupationnelles liées à la sexualité dans leur vie personnelle? Pourriez-vous me donner un exemple concret s'il vous plait? *(Une injustice occupationnelle est une situation dans laquelle une ou plusieurs personnes n'ont pas les mêmes possibilités sociales de s'engager dans des occupations signifiantes et qui améliore leur santé, en raison du contexte sociétal et/ou social dans lequel ils évoluent, soit un contexte peu équitable ou égalitaire (Larivière et al., 2019))*

Il existe dans les écrits plusieurs types d'enjeux occupationnels comme la privaiton occupationnelle, l'aliénation occupationnel, la marginalisation occupationnelle et le déséquilibre occupationelle (Larivière et al., 2019). Si vous êtes d'accord, nous poursuivrons l'examen des enjeux éthiques à l'aide de ces typologies des enjeux.

24. Selon vous, est-ce que certains clients ont été empêchés de façon prolongée de réaliser des activités sexuelles qu'ils réalisaient auparavant ou qu'ils désirent réaliser? Pourriez-vous me donner un exemple concret s'il vous plait? *(La privation occupationnelle correspond à un empêchement prolongé de s'engager dans une ou des occupations, et ce vécu par une ou plusieurs personnes en raison de facteurs externes de nature sociale, culturelle, économique, politique ou géographique.)*

Nom (s) : _____

Date : _____

25. Selon vous, est-ce que certains clients ont déjà été limités et/ou incités à avoir des activités sexuelles qui ne les convenaient pas, car elles étaient humiliantes, dévalorisantes ou non signifiantes? Pourriez-vous me donner un exemple concret s'il vous plait? *(L'aliénation occupationnelle correspond à des opportunités occupationnelles qui ne s'arriment pas au potentiel et aux désirs de l'individu et qui nuit au développement d'une identité occupationnelle positive.)*

26. Selon vous, est-ce que certains clients qui ont tendance à être exclus ou mis en marge de la possibilité de réaliser l'occupation de la sexualité? Pourriez-vous me donner un exemple concret s'il vous plait ? *(La marginalisation [ou l'apartheid] occupationnelle correspond au manque de possibilité d'une ou plusieurs personnes de choisir, de participer et de s'engager dans des occupations en raison des normes et des attentes du contexte sociétal ou social, c'est-à-dire que l'individu, par sa différence et sa non-conformité, se voit diminuer ou même retirer des opportunités occupationnelles.)*

27. Est-ce que vos clients sont satisfaits du temps accordé pour la réalisation des activités sexuelles (trop ou pas assez comparativement à leurs autres activités)? Pourriez-vous me donner un exemple concret s'il vous plait? *(Le déséquilibre occupationnel correspond à un surinvestissement ou un sous-investissement dans une occupation, en raison de facteurs externes sociaux à l'individu, et qui lui apporte des conséquences négatives.)*

28. Avez-vous des idées de ce qui pourrait être mis en place dans votre milieu pour aider vos clients ainsi que de diminuer ou même éliminer les injustices occupationnelles reliées à la sexualité vécues par ceux-ci?

29. Y a-t-il autre chose que vous souhaiteriez ajouter ou préciser au sujet des enjeux occupationnels que peuvent vivre votre clientèle en lien avec l'occupation qu'est la sexualité et les manières de surmonter de tels enjeux?

Si vous souhaitez obtenir les résultats de la recherche, vous pouvez inscrire ici votre courriel (aucune obligation de transmettre celle-ci) :

_____

Merci beaucoup d'avoir participé à cette entrevue!
Votre participation est grandement appréciée!

Références

Fulford, K. W. M. (2004). Chapter 14. Facts/values. Ten principles of values-based medecine. In J. Rodden (Ed.), *The Philosophy of Psychiatry : A Companion* (pp. 205-234): Oxford University Press.

Larivière, N., Drolet, M.-J. et Jasmin, E. (2019). La justice sociale et occupationnelle. Dans Jasmin, E. (dir). *Des sciences sociales à l'ergothérapie : Mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation de l'occupation*. Presses de l'Université du Québec.

Swisher, L. L. (2005). The Realm-Individual Process-situation (RIPS) Model of Ethical Decision-Making. *HPA Resource*, *5*(3), 3-8.

ANNEXE E

APPROBATION DU PROJET PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE L'UQTR

UQTR
Université du Québec
à Trois-Rivières
Décanat de la recherche et de la création

Le 25 février 2021

Madame Sandra Béliveau
Étudiante
Département d'ergothérapie

Madame,

J'accuse réception des documents corrigés nécessaires à la réalisation de votre protocole de recherche intitulé **Les enjeux éthiques et occupationnels liés à la sexualité et pistes de solution: les perceptions des ergothérapeutes travaillant en santé mentale auprès de la clientèle adulte** en date du 22 février 2021.

Vous trouverez ci-joint votre certificat portant le numéro (CER-21-273-07.20). Sa période de validité s'étend du 25 février 2021 au 25 février 2022.

Je vous invite à prendre connaissance de votre certificat qui présente vos obligations à titre de responsable d'un projet de recherche.

En raison de la situation de pandémie de la COVID-19, les recherches avec des êtres humains en présentiel doivent être autorisées par le sous-comité de reprise des activités de recherche. Je vous invite à consulter la page web de l'UQTR sur la COVID-19, pour obtenir des renseignements supplémentaires. Les étudiants doivent se référer à leur directeur de recherche.

Je vous souhaite la meilleure des chances dans vos travaux et vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.

FANNY LONGPRÉ
Adjointe au doyen
Décanat de la recherche et de la création

FL/nr

p. j. Certificat d'éthique

c. c. Mme Marie-Josée Drolet, professeure au Département d'ergothérapie

3351, boul. des Forges, C.P. 500 / Trois-Rivières (Québec) G9A 5H7 CANADA / Téléphone 819 376-5011 uqtr.ca