

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

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

PAR  
KARINE L'ÉCUYER

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

DÉCEMBRE 2018

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

## REMERCIEMENTS

Ce projet de maîtrise n'aurait pas vu le jour sans la précieuse aide et le soutien de plusieurs personnes.

Tout d'abord, je souhaite remercier Mme Martine Brousseau, professeure au département d'ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), qui a fait preuve d'une supervision remarquable par ses judicieux conseils, son jugement critique et son écoute. En collaborant avec celle-ci, j'ai appris à connaître une femme passionnée par son métier qui tient à cœur la réussite des étudiants. Elle a su me motiver pendant la réalisation de ce projet grâce à son enthousiasme débordant. Son soutien fut grandement apprécié et je la remercie pour avoir cru en ce projet.

Ensuite, merci à M. Louis-Pierre Auger, ergothérapeute et investigateur du groupe d'intérêt, qui a été une personne ressource inestimable en répondant à mes questions pendant la réalisation de ce projet. Vos commentaires en tant que lecteur externe ont également bonifié ce projet.

J'aimerais exprimer mes plus sincères remerciements à tous les ergothérapeutes qui ont donné de leur précieux temps pour participer à cette étude. Leur participation a rendu non seulement ce projet possible, mais aussi intéressant grâce aux réponses riches qu'ils ont fournies.

Je désire aussi remercier mes collègues de séminaires pour leurs commentaires et questions qui m'ont permis d'amener ma réflexion à un niveau supérieur.

Finalement, je ne peux passer sous silence le soutien de ma sœur, mes parents et amis. Ils ont été un pilier lors des moments de découragements et m'ont permis de repousser mes limites. Ils m'ont toujours soutenue lors de cette grande aventure qu'a été mon parcours universitaire.

C'est donc avec toutes ces personnes que je désire partager cet accomplissement. Merci à vous tous!

## TABLE DES MATIÈRES

|  |      |
|--|------|
| REMERCIEMENTS.....   | ii   |
| LISTE DES TABLEAUX.....  | v    |
| LISTE DES FIGURES.....   | vi   |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS.....  | vii  |
| RÉSUMÉ.....  | viii |
| 1. INTRODUCTION.....   | 10   |
| 2. PROBLÉMATIQUE.....  | 11   |
| 2.1. Intégration de la sexualité en pratique.....  | 11   |
| 2.2. Sexualité ; occupation importante et complexe.....                                      | 14   |
| 2.3. Pertinence de l’ergothérapie.....   | 15   |
| 2.4. Ressources aux ergothérapeutes.....   | 15   |
| 2.5. Pertinence de ce projet.....  | 17   |
| 2.6. Question et objectifs de recherche.....   | 18   |
| 3. CADRE CONCEPTUEL.....   | 19   |
| 3.1. L’habilitation aux occupations : compétence centrale en ergothérapie.....               | 19   |
| 3.2. Les dix stratégies du Modèle canadien d’habilitation centrée sur le client (MCHCC)..... | 20   |
| 3.2.1. Adapter.....  | 20   |
| 3.2.2. Revendiquer.....  | 21   |
| 3.2.3. Coacher.....  | 21   |
| 3.2.4. Collaborer.....   | 21   |
| 3.2.5. Consulter.....  | 22   |
| 3.2.6. Coordonner.....   | 22   |
| 3.2.7. Concevoir et réaliser.....  | 23   |
| 3.2.8. Éduquer.....  | 23   |
| 3.2.9. Engager.....  | 24   |
| 3.2.10. Exercer l’expertise.....   | 24   |
| 4. MÉTHODE.....  | 25   |
| 4.1. Devis de recherche.....   | 25   |
| 4.2. Méthode d’échantillonnage.....  | 25   |
| 4.3. Méthode de collecte de données.....   | 25   |
| 4.4. Procédure de recherche.....   | 27   |
| 4.5. Analyse des données.....  | 27   |
| 4.6. Critères de rigueur scientifique.....   | 28   |
| 4.7. Considérations éthiques.....  | 28   |

|  |    |
|--|----|
| 5. RÉSULTATS.....  | 29 |
| 5.1. Participants .....  | 29 |
| 5.2. Importance et facilité d’aborder la sexualité dans la pratique .....                          | 32 |
| 5.3. Échanges entre les membres du groupe d’intérêt.....   | 33 |
| 5.4. Recours aux stratégies d’habilitation .....   | 35 |
| 5.5. Retombées du groupe d’intérêt .....   | 38 |
| 6. DISCUSSION.....   | 41 |
| 6.1. Défis rencontrés lors de l’intégration de l’occupation de la sexualité dans la pratique ..... | 41 |
| 6.2. Stratégies d’habilitation aux occupations .....   | 42 |
| 6.3. Groupe d’intérêt .....  | 43 |
| 6.4. Limites et forces.....  | 43 |
| 7. CONCLUSION.....   | 45 |
| RÉFÉRENCES .....   | 47 |
| ANNEXE A GRILLE D’ANALYSE DU CONTENU DES MESSAGES PUBLIÉS SUR LE GROUPE D’INTÉRÊT .....            | 50 |
| ANNEXE B QUESTIONNAIRE ÉLECTRONIQUE.....   | 52 |
| ANNEXE C DESCRIPTIONS DES STRATÉGIES D’HABILITATION AUX OCCUPATIONS.....                           | 59 |

## LISTE DES TABLEAUX

|             |   |    |
|-------------|---|----|
| Tableau 1.  | Distribution de fréquences des participants par années d'expérience.....  | 30 |
| Tableau 2.  | Milieus de pratique des participants.....   | 30 |
| Tableau 3.  | Groupes d'âge auprès desquels les participants travaillent.....   | 31 |
| Tableau 4.  | Clientèles pour lesquelles les participants ont des préoccupations afin d'aborder l'occupation de la sexualité.....   | 32 |
| Tableau 5.  | Comparaison entre l'importance et la facilité à aborder l'occupation de la sexualité.....   | 33 |
| Tableau 6.  | Répartition du contenu des échanges du groupe d'intérêt selon les stratégies d'habilitation aux occupations.....  | 34 |
| Tableau 7.  | Fréquence d'utilisation des stratégies d'habilitation aux occupations auxquelles les ergothérapeutes ont recours dans leur pratique pour habilitier l'occupation de la sexualité..... | 36 |
| Tableau 8.  | Utilité des stratégies d'habilitation aux occupations auxquelles les ergothérapeutes ont recours dans leur pratique pour habilitier l'occupation de la sexualité.....                 | 37 |
| Tableau 9.  | Éléments identifiés par les participants comme étant encore difficiles dans l'habilitation de l'occupation de la sexualité dans leur pratique.....                                    | 38 |
| Tableau 10. | Niveau d'accord sur l'aide obtenu grâce au groupe d'intérêt pour aborder la sexualité dans leur pratique.....   | 38 |
| Tableau 11. | Éléments considérés pertinents par les participants au sein du groupe d'intérêt pour intégrer l'occupation de la sexualité dans leur pratique.....                                    | 40 |

## LISTE DES FIGURES

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Figure 1. | Niveau d'accord au sujet de l'aide obtenu grâce au groupe d'intérêt afin d'aborder l'occupation de la sexualité dans la pratique..... | 39 |
|-----------|---|----|

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

|         |  |
|---------|--|
| ACE     | Association canadienne des ergothérapeutes   |
| AVC     | Accident vasculaire cérébrale  |
| CHSLD   | Centre d'hébergement et de soins de longue durée   |
| CLSC    | Centre local de services communautaires  |
| CRDITED | Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement |
| MCHCC   | Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client   |
| OMS     | Organisation mondiale de la Santé  |
| RI      | Ressource intermédiaire  |
| UQTR    | Université du Québec à Trois-Rivières  |



## RÉSUMÉ

**Problématique:** La sexualité est une occupation importante dans la vie des personnes, car elle contribue à la santé et au bien-être (Higson, 2017; Tipton-Burton, 2013) ainsi qu'à la vie affective. Toutefois, l'intégration de cette occupation au sein de la pratique des professionnels de la santé représente un défi. Plus particulièrement en ergothérapie, ce défi est, entre autres, expliqué par la présence de différentes barrières telles que le manque de temps et d'espace privé (Higson, 2017; Hyland et Mc Grath, 2013; Bahouq, Allali, Rkain et Hajjaj-Hassouni, 2013). La rareté des ressources exacerbe cette difficulté afin de soutenir les professionnels à aborder cette occupation dans la pratique. Cependant, un groupe d'intérêt virtuel a récemment été créé afin de soutenir l'intégration de l'occupation de la sexualité dans la pratique des ergothérapeutes. **Objectifs:** Décrire les préoccupations d'ergothérapeutes au sujet de l'occupation de la sexualité ainsi que de décrire le soutien obtenu par un groupe d'intérêt abordant cette occupation. **Cadre conceptuel:** Le cadre conceptuel met de l'avant le concept théorique de l'habilitation aux occupations ainsi que le Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client (MCHCC) qui intègre dix stratégies. **Méthode:** Cette étude s'appuie sur un devis descriptif simple où un échantillonnage de convenance a été sélectionné. La méthode de collecte de données s'effectue en deux volets, soit à partir des échanges entre les membres du groupe d'intérêt s'étant déroulés pendant deux mois et à partir d'un questionnaire électronique. **Résultats:** 25 participants ont pris part à l'étude. 50 % de ceux-ci mentionnent qu'il est difficile d'intégrer la sexualité en pratique. Les difficultés sont associées à l'inconfort (42,1 %), au savoir-faire (26,3 %), au temps (15,8 %) ainsi qu'au contexte de travail (15,8 %). Les stratégies d'habilitation considérées les plus utiles et les plus importantes sont celles d'éduquer et d'adapter. 25 % des participants rapportent que le groupe d'intérêt les a aidés à aborder la sexualité alors que 37,5 % mentionnent que le groupe permet le soutien et le partage. **Discussion:** La présente étude dévoile les différents défis que rencontrent des ergothérapeutes afin d'aborder l'occupation de la sexualité dans la pratique. Les résultats sont positifs au sujet des retombées du groupe d'intérêt sur l'intégration de la sexualité dans la pratique pour un peu plus du tiers des participants seulement. **Conclusion :** Ce projet fait valoir le rôle de l'ergothérapeute par rapport à l'occupation de la sexualité qui répond à un besoin physiologique, mais aussi à un besoin affectif. Des recherches supplémentaires sont nécessaires afin d'évaluer le soutien obtenu par un groupe d'intérêt.

**Mots-clés :** occupation de la sexualité, groupe d'intérêt, habilitation, préoccupations, ergothérapie

**Background:** Sexuality is an important occupation in people's lives because it contributes to health and well-being (Higson, 2017; Tipton-Burton, 2013) as well as the affective life. However, integrating this occupation into practice of health professionals is a challenge, occupational therapists being no exception. This challenge is, among other things, explained by the presence of various barriers such as lack of time and private space (Higson, 2017, Hyland and Mc Grath, 2013, Bahouq, Allali, Rkain and Hajjaj-Hassouni, 2013). The scarcity of resources exacerbates this difficulty in order to support professionals to address this occupation in practice. However, a virtual interest group has recently been created to support the integration of sexuality practice into practice of occupational therapists. **Objectives:** Describe the concerns of occupational therapists about the occupation of sexuality and to describe the support obtained by an interest group dealing with this occupation. **Conceptual framework:** The conceptual framework puts forward the theoretical concept of enabling occupation and the Canadian Model of Client-Centered Enablement that incorporates ten strategies. **Method:** The research design is a simple descriptive study where a convenience sampling was selected. The method of data collection is twofold, based on exchanges between members of the interest group that takes place over two months and from an electronic questionnaire. **Findings:** A total of 25 participants took part in the study. 50% of participants mentioned that it is difficult to integrate sexuality into practice. Difficulties are associated with discomfort (42.1 %), know-how (26.3 %), time (15.8 %) and work context (15.8 %). The most valuable and important empowerment strategies are educating and adapting. 37,5 % mention that the group allows support and sharing. **Discussion:** This study reveals the different challenges that occupational therapists face in addressing sexuality in practice. The results are positive about the interest group's impact on integrating sexuality into practice for just over one-third of participants. **Conclusion:** This project highlights the role of the occupational therapist in relation to the occupation of sexuality, which responds to a physiological need, but also to an emotional need. Further research is needed to evaluate the support obtained by an interest group.

**Key words:** interest group, sexuality, enabling, concerns, occupational therapy

## 1. INTRODUCTION

Dans le cadre de leur pratique, les ergothérapeutes sont amenés à intervenir auprès de personnes présentant différentes problématiques occupationnelles. Ces derniers déploient une variété de stratégies d'habilitation aux occupations afin de favoriser l'engagement des personnes dans leurs occupations significatives. Les personnes présentant un handicap, une déficience ou autre condition voient plusieurs de leurs occupations perturbées, notamment l'occupation de la sexualité. L'intégration de l'occupation de la sexualité dans la pratique représente un défi de taille amenant différents ergothérapeutes à ne pas l'aborder auprès des clients. Il s'agit d'une préoccupation professionnelle légitime puisque cette occupation fait partie intégrante de l'intimité, mais aussi de l'identité de la personne (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2015). Il importe de considérer toutes les occupations qui favorisent l'épanouissement et qui donnent un sens à la vie de la personne, y compris l'occupation de la sexualité.

La première section de l'essai présente la problématique en exposant la pertinence sociale, professionnelle et scientifique en lien avec l'intégration de l'occupation de la sexualité dans la pratique. La deuxième section aborde le concept théorique de l'habilitation aux occupations inhérente au Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client (MCHCC). La troisième section concerne les aspects méthodologiques ayant guidé la réalisation de l'étude. La quatrième section détaille les résultats reliés au contenu des échanges durant le groupe d'intérêt et du questionnaire. La cinquième section discute des résultats en faisant ressortir les points saillants ainsi que les limites et les forces de cette étude. La sixième section présente la conclusion incluant des suggestions pour des recherches futures.

## **2. PROBLÉMATIQUE**

Les ergothérapeutes font face à plusieurs défis au sein de leur travail lorsqu'ils doivent considérer diverses occupations problématiques que rencontrent les personnes. L'occupation de la sexualité ne fait pas exception. La section qui suit présente la problématique de l'intégration de l'occupation de la sexualité au sein de la pratique des ergothérapeutes, les défis qu'elle amène ainsi que l'importance de la sexualité pour la santé des individus. Aussi, les ressources disponibles pour soutenir les ergothérapeutes dans leur pratique sont abordées. Finalement, les constats faits à la suite de la recension des écrits et les objectifs de recherches sont présentés.

### **2.1. Intégration de la sexualité en pratique**

L'intégration de l'occupation de la sexualité est une préoccupation pour plusieurs équipes interdisciplinaires où elle est souvent amenée en termes de réponses à des besoins affectifs dans le cadre des projets de vie des personnes. Jusqu'à ce jour, des écrits et des recherches empiriques soulignent que l'occupation de la sexualité est abordée difficilement par les professionnels de la santé. Selon McClure (2012), peu de professionnels travaillant en santé mentale abordent la sexualité auprès des personnes exprimant avoir des difficultés à ce plan. L'étude qualitative d'Abbott et Howarth (2007), menée auprès de 71 professionnels de la santé travaillant auprès de personnes ayant une déficience intellectuelle, dévoile que la sexualité est un sujet difficile à aborder pour différentes raisons telles que la peur face à la réaction des autres en abordant ce sujet ainsi que le manque de confiance et d'expérience. Les résultats d'une recherche quantitative de Bahouq, Allali, Rkain et Hajjaj-Hassouni (2013) menée auprès de 100 participants ayant une douleur chronique au dos montrent que 66 % des participants (n=66) ont indiqué que la sexualité n'a jamais été abordée alors que 81 % (n= 81) ont mentionné que leur sexualité était perturbée par leur douleur au dos. Selon l'étude de Northcott et Chard (2000) menée auprès de sept participants ayant chacun une condition de santé particulière, 29 % de ceux-ci (n=2) ont reçu des conseils portant sur la sexualité de la part de professionnels de la santé, soit d'un psychologue et d'un ergothérapeute, alors que 86 % d'entre eux (n=6) ont mentionné que leur condition affecte leur engagement dans leur occupation de la sexualité.

L'intégration de l'occupation de la sexualité dans la pratique des ergothérapeutes spécifiquement pose aussi le même genre de défi. Selon l'étude de Hyland et Mc Grath (2013)

réalisée auprès de 58 participants ergothérapeutes, 62 % de ceux-ci (n=35) ont indiqué qu'ils n'abordent jamais ou rarement l'occupation de la sexualité en rencontre individuelle. 88,1 % des participants (n=52) considèrent qu'il est pertinent de l'aborder au sein de la pratique en ergothérapie. Dans leurs éditoriaux, Couldrick (1998) ainsi que de Sakellariou et Algado (2006) soutiennent que l'occupation de la sexualité est une préoccupation légitime en ergothérapie au même titre que les autres occupations. Force est de constater qu'il existe des barrières à intégrer l'occupation de la sexualité dans la pratique puisqu'elle est peu abordée même si elle est considérée pertinente.

Plusieurs barrières nuisant à l'intégration de l'occupation de la sexualité dans la pratique ont été identifiées par des ergothérapeutes et d'autres professionnels de la santé. Parmi celles-ci, il a été relevé que la sexualité est un sujet tabou qui occasionne de l'inconfort (Higson, 2017). Selon Hyland et Mc Grath (2013) dans une étude réalisée auprès de 58 participants ergothérapeutes, 69 % (n=40) perçoivent que les clients seraient inconfortables de discuter de sexualité alors que 64 % (n=37) considèrent qu'ils seraient eux-mêmes embarrassés par cette discussion. Dans le même sens, 95,4 % (n=63) des patients ayant une douleur chronique au dos sont aussi d'avis que la sexualité a un caractère tabou ce qui consiste en un obstacle pour parler librement de ce sujet (Bahouq, Allali, Rkain et Hajjaj-Hassouni, 2013). Selon l'étude de Yallop et Fitzgerald (1997) réalisée auprès de 10 étudiants finissants, il est ressorti que plusieurs scénarios cliniques en regard de la sexualité occasionnent de l'inconfort chez ceux-ci tels qu'aborder la sexualité auprès d'un client dont les relations sexuelles provoquent un écoulement urinaire involontaire, suite à une colostomie.

De plus, une étude quantitative de Haboubi et Lincoln (2003) menée auprès de 813 professionnels de la santé, incluant des médecins, infirmiers, physiothérapeutes et ergothérapeutes, dévoile que 79 % de ceux-ci (n=642) considèrent manquer de connaissances et de compétences pour aborder efficacement la sexualité auprès des personnes. Plus particulièrement selon Higson (2017), il est souligné la complexité de déterminer l'impact d'une maladie, déficience ou d'une blessure sur l'expression de l'occupation de la sexualité chez les personnes. L'étude qualitative de Mc Grath et Lynch (2014) menée auprès de 22 participants ergothérapeutes, travaillant dans un contexte de réadaptation auprès de personnes âgées, dévoile que la majorité d'entre eux est

confiante d'aborder les limitations physiques en lien avec la sexualité alors que l'aspect émotionnel de cette occupation représente davantage un défi.

Aussi, une autre barrière ayant été soulevée comme étant déterminante est le manque de ressources dans le milieu des intervenants, telles que le manque d'espace privé et de temps (Higson, 2017; Hyland et Mc Grath, 2013; Mc Grath et Lynch, 2014; Bahouq, Allali, Rkain et Hajjaj-Hassouni, 2013). Dans certains contextes, le manque de ressources engendre la priorisation d'occupations au détriment d'autres dont celle de la sexualité (Mc Grath et Lynch, 2014). Selon l'étude quantitative de Haboubi et Lincoln (2003) menée auprès de 813 professionnels de la santé, 67 % de ces derniers (n=545) ont indiqué que le manque de temps est une barrière déterminante à aborder la sexualité. De plus, certains contextes se prêtent moins à aborder cette occupation tels que les soins aigus (Mc Grath et Lynch, 2014) et les centres d'hébergement (Hajjar et Kamel, 2004). Selon Hyland et Mc Grath (2013), certaines directives institutionnelles soulignent la nécessité de restreindre les comportements sexuels des clients impliquant l'impossibilité d'aborder cette occupation dans la pratique. Selon Abbott et Howarth (2007), la majorité des participants (ergothérapeutes travaillant en santé mentale) ont mentionné que les politiques d'établissements ne sont pas assez claires en matière de l'occupation de la sexualité afin de l'intégrer adéquatement au sein des services. Ces différentes barrières soulevées témoignent des défis auxquels font face les ergothérapeutes pour aborder la sexualité dans leur pratique.

L'occupation de la sexualité soulève différents questionnements éthiques nécessitant une réflexion approfondie afin de répondre adéquatement à ce besoin. Selon l'étude qualitative de Cook, Schouten, Henrickson et McDonald (2017) menée auprès de quatre participants (personnel, famille et résident), des difficultés éthiques liées à l'occupation de la sexualité ont été soulevées lorsque des personnes âgées vivent en résidence. Tout d'abord, le personnel et la famille indiquent prendre des décisions à la place de la personne âgée surtout si elle présente des difficultés cognitives telles l'altération du jugement. En ce sens, le consentement libre et éclairé ressort comme un enjeu lorsqu'une relation intime est entretenue avec un autre résident (Cook, Schouten, Henrickson et McDonald, 2017). De plus, il est mentionné par un participant résident qu'il y a peu d'intimité dans ce milieu, se traduisant par l'impossibilité de barrer la porte de sa chambre par exemple. Le personnel mentionne qu'il se base généralement sur des principes moraux pour

prendre des décisions et tenter d'accompagner les résidents, car il y a un manque d'éducation et de lignes directrices pour intervenir dans ce genre de situation (Cook, Schouten, Henrickson et McDonald, 2017). Force est de constater qu'aborder l'occupation de la sexualité soulève plusieurs questionnements éthiques complexes.

## **2.2. Sexualité ; occupation importante et complexe**

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (2015), la sexualité se définit comme suit :

*Il s'agit d'un aspect central de la personne humaine tout au long de sa vie qui comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées. La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, juridiques, historiques, religieux et spirituels.*

Tout comme le fait valoir cette définition, la sexualité fait partie intégrante du répertoire d'occupations d'une personne. L'occupation de la sexualité se singularise d'une personne à l'autre et est influencée par divers facteurs. Ainsi, l'occupation de la sexualité s'exprime de plusieurs façons telles qu'un rendez-vous, prendre la main de son partenaire, préparer un repas pour son conjoint ou bien avoir des relations sexuelles. D'une personne à une autre, la sexualité renvoie à des activités singulières ayant un sens particulier pour celle-ci. Selon Maslow (1997), la sexualité fait partie des besoins physiologiques de base au même titre que les autres besoins tels que la faim, la soif, la respiration, le sommeil et l'élimination. Les besoins vitaux se doivent d'être comblés pour que la personne ait une vie satisfaisante. D'un point de vue physique, la sexualité contribue à la santé physique notamment en renforçant le système immunitaire, favorisant le sommeil, en améliorant le fonctionnement du muscle pelvien et du système cardiovasculaire et aussi en diminuant des douleurs ressenties (Higson, 2017). Aussi, en plus de répondre à des besoins physiologiques, l'occupation de la sexualité contribue au bien-être, à la qualité de vie, à la relation avec les autres et à la santé (Higson, 2017; Tipton-Burton, 2013). Par ailleurs, la sexualité favorise l'estime de soi et le développement de liens au sein de la relation amoureuse, si applicable. Elle diminue l'isolement, l'anxiété et la dépression. Il y a lieu de croire qu'il y a plusieurs répercussions positives sur le plan de la santé physique et mentale de la personne et de ses proches.

Il est d'autant plus important et complexe d'aborder cette occupation dans la pratique lorsque la personne vit aussi une perturbation reliée à un handicap, à une déficience ou à une maladie puisque ces perturbations ont un impact sur la sexualité de ces individus (Higson, 2017; OMS, 2015). Selon l'étude de McCabe et Taleporos (2003) menée auprès de 1196 participants, l'invalidité a un effet significatif sur l'estime personnelle  $F(3, 1112) = 35.63, p < .001$  et la satisfaction au niveau de la sexualité,  $F(3, 1112) = 41.85, p < .001$  comme le montrent des tests univariés. Les résultats de l'étude d'Esmail, Huang et Maruska (2010), réalisée auprès de quatre hommes ayant un diagnostic de sclérose en plaques, montrent que la majorité d'entre eux ont subi un changement de rôles au sein de leur famille en devenant des personnes dont il faut prendre soin plutôt que d'être des hommes forts. Les conjointes de ces hommes ont indiqué que la fréquence à laquelle ils ont des relations sexuelles a diminué depuis l'apparition de maladie impliquant un sentiment de découragement et de moindre désirabilité chez elles (Esmail, Huang et Maruska, 2010). Il s'agit donc d'un réel défi pour ces personnes de s'adapter à leur condition afin de réaliser toutes leurs occupations, dont l'occupation de la sexualité, de manière satisfaisante.

### **2.3. Pertinence de l'ergothérapie**

Il apparaît pertinent d'aborder la sexualité en ergothérapie, car celle-ci est une occupation répondant à des besoins de base chez les personnes, surtout considérant l'impact des changements de rôles potentiels. L'ergothérapeute intervient lorsqu'une maladie, une blessure, une déficience ou un obstacle environnemental affecte la capacité de la personne à s'engager dans diverses occupations (Higson, 2017). Pour ce faire, les stratégies employées par les ergothérapeutes visent à habiliter les individus à s'engager dans divers rôles et diverses occupations qui sont signifiants pour la personne (Higson, 2017), incluant l'occupation de la sexualité.

### **2.4. Ressources disponibles pour les ergothérapeutes**

La recension exhaustive des écrits<sup>1</sup> montre qu'il existe peu de ressources destinées spécifiquement aux ergothérapeutes pour les soutenir lorsqu'ils veulent intégrer l'occupation de la sexualité dans leur pratique. Deux manuels de référence en ergothérapie consacrent chacun un chapitre spécifique à l'occupation de la sexualité (Higson, 2017; Tipton-Burton, 2013). Selon Higson (2017), différentes interventions peuvent être faites par l'ergothérapeute telles que de

---

<sup>1</sup> Les bases de données consultées sont : Academic Search Complete, CINAHL, Medline, Eric et PsycINFO



l'enseignement au sujet de la communication au sein du couple ou bien d'explorer différentes activités qui permettent de répondre aux objectifs de la personne. Il est également possible d'intervenir au niveau de l'environnement en effectuant des modifications au niveau de l'environnement pour soutenir la personne lors de rapports sexuels (Higson, 2017). Le chapitre de Tipton-Burton (2013) aborde entre autres les impacts de différentes conditions telles que l'hypotonie, une faible endurance ainsi qu'une perte de mobilité sur l'occupation de la sexualité. Finalement, le livre de Hattjar (2012) aborde que la sexualité en lien avec diverses conditions (lésion de la moelle épinière, santé mentale, maladie cardiovasculaire, accident vasculaire cérébral).

De plus, deux modèles agissent comme ressources pour les ergothérapeutes, soit le modèle *PLISSIT* et le *Recognition model*. Le modèle *PLISSIT*, développé par le psychologue Annon, propose quatre niveaux d'interventions afin d'aborder la sexualité en fonction de la complexité de la situation de la personne (Annon, 1976; Couldrick, Sadlo et Cross, 2010; Tipton-Burton, 2013). Ces quatre niveaux d'interventions sont *permission giving*, *limited intervention*, *specific suggestions* et *intensive therapy* (Annon, 1976; Couldrick, Sadlo et Cross, 2010; Tipton-Burton, 2013). Le *Recognition model* de son côté propose cinq étapes afin d'aborder l'occupation de la sexualité auprès d'une personne dans une approche d'équipe où les forces de chacun sont mises à profit (Couldrick, Sadlo et Cross, 2010; Higson, 2017). La première étape consiste à reconnaître l'individu comme un être sexuel, la deuxième étape concerne l'octroi de sensibilité, permission et stratégies, la troisième étape vise à explorer les préoccupations au sujet de la sexualité, la quatrième étape consiste à intervenir au niveau de ses problématiques et la cinquième étape consiste à référer lorsque nécessaire (Couldrick, Sadlo et Cross, 2010; Higson, 2017). Ces modèles sont des ressources utiles pour les ergothérapeutes.

Outre ces ressources, un groupe d'intérêt virtuel via Facebook a été récemment mis sur pied au Québec pour favoriser les échanges entre ergothérapeutes désirant aborder la sexualité dans leur pratique. Un groupe d'intérêt se distingue d'une communauté de pratique. Un groupe d'intérêt regroupe des individus qui partagent et défendent une même idée spécifique et cherchent à en faire la promotion (Wikipédia, 2017; Strohschein et Newton, 2018). Au sein d'un groupe d'intérêt, les membres échangent et partagent des idées au sujet de cet intérêt. Une communauté

de pratique, quant à elle, a pour but l'amélioration des compétences des professionnels afin de faire des changements concrets au sein de leur pratique (Wenger et Snyder, 2000). Autrement dit, les apprentissages réalisés au sein de la communauté sont ensuite transférés dans un contexte clinique. Selon Henri et Pudelko (2003), ce qui distingue une communauté de pratique d'un groupe d'intérêt est que la communauté de pratique nécessite un haut niveau de cohésion au sein du groupe et un objectif fort.

## **2.5. Pertinence de ce projet**

Il apparaît pertinent de se questionner sur la façon dont des ergothérapeutes obtiennent du soutien auprès de leurs pairs pour habilitier cette occupation au sein de leur pratique. Il y a donc lieu de se questionner sur comment des ergothérapeutes parviennent à habilitier leurs clients à reprendre cette occupation importante pour eux et surtout, de quelles ressources disposent les ergothérapeutes pour relever ce défi.

À la lumière de l'état des connaissances présenté, quelques constats ressortent :

- La sexualité est difficilement abordée par les professionnels de la santé, les ergothérapeutes ne font pas exception (Abbott et Howarth, 2007, Northcott et Chard, 2000 ; McClure, 2012 ; Hyland et Mc Grath, 2013);
- Les ergothérapeutes s'entendent sur la pertinence d'aborder la sexualité (Sakellariou et Algado, 2006; Couldrick, 1998; Hyland et Mc Grath, 2013);
- Les ergothérapeutes ont identifié plusieurs barrières à aborder l'occupation de la sexualité en pratique. Ces barrières sont l'inconfort (Bahouq, Allali, Rkain et Hajjaj-Hassouni, 2013, Yallop et Fitzgerald, 1997, Higson, 2017; Hyland et Mc Grath, 2013), le manque de connaissances et de compétences (Haboubi et Lincoln, 2003, Mc Grath et Lynch, 2014), le manque de ressources (Higson, 2017; Hyland et Mc Grath, 2013; Mc Grath et Lynch, 2014; Bahouq, Allali, Rkain et Hajjaj-Hassouni, 2013) ainsi que les barrières institutionnelles (Abbott et Howarth, 2007, Hyland et Mc Grath, 2013);
- La sexualité est une occupation complexe qui revêt une importance fondamentale pour les individus (OMS, 2015; Higson, 2017);
- Peu de ressources existent pour soutenir les ergothérapeutes à intégrer l'occupation de la sexualité dans leur pratique.

Jusqu'à ce jour, quelques études empiriques ont abordé l'étude de l'habilitation aux occupations. L'habilitation consiste à accompagner des personnes aux prises avec des problématiques occupationnelles. Les études recensées ont considéré l'habilitation dans d'autres contextes que la sexualité tels que l'adaptation domiciliaire par Néron (2013) et de la résilience par Beaupré (2014). Aucune étude empirique, dans le domaine de la santé, portant sur un groupe d'intérêt n'a été recensée à notre connaissance. Il y a lieu de croire que la présente étude fournira des informations au sujet de l'habilitation de l'occupation de la sexualité et du soutien obtenu par un groupe d'intérêt aux ergothérapeutes portant sur l'occupation de la sexualité.

## **2.6. Question et objectifs de recherche**

En regard des constats réalisés, il s'avère pertinent de se poser la question suivante : comment des ergothérapeutes obtiennent-ils du soutien pour habiliter l'occupation de la sexualité en pratique ? Pour répondre à cette question, deux objectifs ont été formulés. Le premier objectif est de décrire les préoccupations au sujet de l'habilitation de l'occupation de la sexualité d'ergothérapeutes s'étant joints au groupe d'intérêt. Le deuxième objectif est de décrire le soutien obtenu par des ergothérapeutes via un groupe d'intérêt afin d'habiliter leurs clients à l'occupation de la sexualité.

### **3. CADRE CONCEPTUEL**

Dans cette section, les fondements théoriques inhérents à l'habilitation aux occupations sont présentés. Ces fondements se rattachent au Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client (MCHCC).

#### **3.1. L'habilitation aux occupations : compétence centrale en ergothérapie**

L'habilitation aux occupations intègre deux concepts, soit les occupations et l'habilitation. En premier lieu, l'habilitation consiste à accompagner un individu pour que ce dernier développe son plein potentiel de manière à accomplir des choix, des actions et des occupations (Townsend et al., 2013). Autrement dit, habiliter est l'outil de travail des ergothérapeutes tout comme le pinceau est celui du peintre. Plus particulièrement, l'habilitation aux occupations a pour but de mettre à la disposition de la personne un « coffre à outils » afin qu'elle puisse s'engager, à sa guise et de manière autonome, dans des occupations qu'elle juge significatives et utiles (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2002). Ainsi, l'ergothérapeute ne fait pas à la place de la personne, il l'accompagne et la guide pour favoriser l'autodétermination de celle-ci. Dans cette optique, cette compétence est donc centrée sur la personne, c'est-à-dire qu'elle requiert une relation collaborative et participative avec la personne concernée. Les fondements théoriques à l'habilitation aux occupations sont le choix, le risque et l'imputabilité, la participation de la personne, la vision des possibilités, le changement, la justice ainsi que le partage de pouvoir (Townsend et al., 2013). Ces fondements sous-tendent les interventions réalisées par l'ergothérapeute au sein de la relation thérapeutique avec la personne.

En deuxième lieu, les occupations, aussi simples ou complexes soient-elles, englobent les activités et les tâches dans lesquelles s'engage une personne dans un but qui lui est propre. Ainsi, il s'agit de tout ce que fait une personne, allant de la réalisation d'une simple activité dans un but de plaisir et de dépassement de soi à d'autres activités élaborées comme se préparer des repas par exemple. Il existe quatre assertions de base aux occupations (Polatajko et al., 2013). La première assertion énonce que les occupations influencent la santé et le bien-être. Ainsi, elles sont un déterminant de la santé au même titre que l'alimentation et le logement par nommer que ces exemples. La deuxième assertion de base dit que les occupations permettent de gérer le temps et de structurer la vie. La troisième assertion stipule que les occupations donnent un sens à la vie.

Elles insufflent de la motivation à parvenir à des buts que les personnes se fixent dans la vie. La quatrième assertion mentionne que les occupations sont idiosyncrasiques. De ce fait, elles sont uniques à chaque personne. Pour une même occupation, deux individus la réaliseront différemment, et ce, dans un but qui leur est propre.

### **3.2. Les dix stratégies du Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client (MCHCC)**

Le Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client propose dix stratégies d'habilitation aux occupations servant à accompagner des personnes concernées par diverses situations de vie particulières à s'engager dans des occupations importantes, désirées, normatives ou subjectives. Ces stratégies sont : adapter, revendiquer, coacher, collaborer, consulter, coordonner, concevoir et réaliser, éduquer, engager ainsi qu'exercer l'expertise.

#### **3.2.1. Adapter**

Adapter consiste à modifier une occupation en fonction d'une personne en particulier afin de créer une occupation sur mesure (Townsend et al., 2013). Cette stratégie permet aux personnes de s'ajuster face aux divers défis occupationnels qu'ils rencontrent (Schkade et Schultz, 1992). Ainsi, elles sont continuellement en adaptation face à leurs occupations (Meltzer, 2001). Pour aider les personnes à faire face aux défis rencontrés, l'ergothérapeute utilise entre autres l'analyse d'activité comme outil. L'analyse d'activité est une compétence nécessaire afin de décortiquer l'occupation en tâches, déterminer les exigences de l'occupation ainsi que les facilitateurs et les obstacles à sa réalisation. À la suite de cette analyse, l'ergothérapeute crée un *just right challenge* en reconfigurant l'occupation souhaitée en fonction des besoins et des capacités de la personne. Ainsi, celle-ci réalise une occupation apportant un défi réaliste vers la réussite (Townsend et al., 2013). Par exemple, il est possible d'adapter l'occupation de la sexualité auprès d'un individu vivant avec une douleur chronique au dos. L'ergothérapeute détermine avec la personne des positions occasionnant moins de douleur pendant les relations sexuelles. Ainsi, les positions sont donc adaptées en fonction de la condition afin que ce dernier puisse s'adonner à cette occupation. Par ailleurs, des modifications suggérées au niveau de l'environnement sont également appropriées telles que l'utilisation d'un oreiller pour favoriser le confort pendant les relations sexuelles.

### **3.2.2. Revendiquer**

Une autre des stratégies du MCHCC est celle de revendiquer. Elle implique de défendre avec et pour la personne ses intérêts auprès des décideurs afin que ce dernier puisse s'engager dans des occupations qui ont du sens pour lui. Ainsi, il s'agit de faire connaître aux décideurs de nouvelles options (Townsend et al., 2013). En revendiquant, l'ergothérapeute habilite aux changements individuels et sociaux, tout en valorisant la pluralité de perspectives existantes. De manière générale, l'ergothérapeute détermine des solutions avec la personne et minimise les obstacles aux occupations qui permettent à celui-ci de s'épanouir. Cette stratégie est cohérente avec la compétence d'agent de changement qui est valorisée par l'ACE (2012). Par exemple, il est possible que l'ergothérapeute revendique le droit aux résidents de réaliser l'occupation de la sexualité en suggérant du temps alloué dans des espaces privés pour ces derniers (Higson, 2017).

### **3.2.3. Coacher**

Coacher fait également partie des stratégies du modèle. L'ergothérapeute agit à titre de mentor en guidant la personne dans la découverte de soi pour que celui-ci puisse faire des choix par lui-même qui sont congruents avec ses valeurs et intérêts. Grâce à cette stratégie, l'ergothérapeute habilite l'individu à être en contrôle de sa situation afin qu'il puisse transposer de manière autonome les acquis réalisés. Ainsi, l'ergothérapeute peut accompagner la personne dans la découverte et dans la création d'un *just right challenge* en lui offrant de la rétroaction et en donnant des stratégies pour que ce dernier puisse appliquer lui-même les outils au quotidien (Townsend et al., 2013). Il y a une remise de pouvoir à la personne concernant son propre développement occupationnel. Par exemple, l'ergothérapeute guide une personne pour que cette dernière puisse appliquer des stratégies de résolution de problèmes lorsqu'une problématique survient au plan de réaliser diverses activités permettant d'exprimer son affectivité avec les autres. Elle gère ainsi elle-même les défis rencontrés au quotidien qui ont fait l'objet de coaching lors d'interventions en ergothérapie.

### **3.2.4. Collaborer**

Collaborer consiste aussi une autre stratégie du modèle. Il s'agit d'un partenariat participatif formé entre la personne et l'ergothérapeute permettant à ceux-ci de travailler ensemble vers une finalité commune. Ainsi, l'ergothérapeute travaille en équipe avec la personne plutôt que de faire à sa place. Cette dernière a donc une place importante par son implication active dans le

processus. Il y a un partage de pouvoir et par le fait même de partage de décisions qui est caractérisé par un respect mutuel où les forces de chacun sont mises à profit. Grâce à la collaboration, il est possible d'obtenir différents points de vue et perspectives qui permettent d'enrichir et de personnaliser les interventions auprès de la personne (Townsend et al., 2013). Par exemple, l'ergothérapeute agit à titre de collaborateur en invitant la personne à donner son opinion sur comment devrait être abordée l'occupation de la sexualité lors des suivis. Celle-ci pourrait entre autres désirer la présence de son partenaire lors des futures rencontres. Ainsi, cette collaboration permet de répondre plus spécifiquement aux besoins de la personne en l'impliquant dans la prise de décision concernant la relation thérapeutique.

### **3.2.5. Consulter**

La stratégie de consulter favorise la concertation par l'obtention de diverses perspectives, incluant celles des membres d'une équipe, faisant ensuite l'objet d'une analyse pour déterminer un choix tenant compte des différentes opinions. En agissant à titre de consultant, l'ergothérapeute est à l'écoute de la personne et l'encourage à fournir son point de vue pour lui offrir des conseils et des recommandations adaptés à ses besoins (Townsend et al., 2013). Par exemple, l'ergothérapeute peut consulter les membres de son équipe pour déterminer ensemble des stratégies qui permettront de tenir compte du besoin de la personne pour intégrer l'occupation de la sexualité dans les services offerts. Par exemple, à cet égard, Higson (2017) suggère d'effectuer une routine d'élimination avant les relations sexuelles pour les personnes souffrant de problèmes urinaires.

### **3.2.6. Coordonner**

Coordonner fait aussi partie des stratégies du modèle. Il s'agit d'arrimer les services, ressources et membres de l'équipe vers une finalité commune. Autrement dit, un effort commun est déployé pour créer des services cohérents d'un membre de l'équipe à l'autre. Il est entre autres nécessaire d'orchestrer les membres d'une équipe et d'encourager la communication pour arriver à l'effet escompté. Dans ce cadre, la personne se situe au cœur de la coordination afin que les services lui étant dédiés soient efficaces. Cette stratégie est cohérente avec la compétence de gestionnaire de sa pratique qui est valorisée par l'ACE (2012) puisqu'elle requiert de gérer le temps attribué aux différentes tâches à compléter au sein d'une journée ainsi que de déterminer la manière

dont seront utilisées les ressources financières et matérielles. En somme, le but est d'harmoniser et faciliter le processus thérapeutique de la personne (Townsend et al., 2013). Par exemple, l'ergothérapeute peut s'entretenir avec les autres membres de l'équipe afin de déterminer quel intervenant abordera en premier le sujet de la sexualité afin d'éviter la redondance au sein d'une équipe. Par ailleurs, ils pourront coordonner les différents services octroyés pour qu'ils soient cohérents d'un intervenant à l'autre. Ainsi, chaque intervenant de l'équipe fera des interventions qui seront complémentaires et non répétitives.

### **3.2.7. Concevoir et réaliser**

Concevoir et réaliser est une stratégie d'habilitation par laquelle un ergothérapeute crée ou transforme un produit. Pour ce faire, il doit être en mesure d'imaginer et planifier la conception avant de l'exécuter (Townsend et al., 2013). La création ou la transformation d'un produit sur mesure permet de répondre de manière optimale aux besoins de la personne ce qui témoigne d'une pratique centrée sur la personne. Par exemple, l'ergothérapeute pourrait concevoir une fiche comportant différents positionnements et explications à remettre à l'individu, ayant des restrictions de mouvements au niveau de la hanche, pour le soutenir dans l'intégration de la sexualité de manière sécuritaire au quotidien. Aussi, l'ergothérapeute peut concevoir un guide ou créer une communauté de pratique pour soutenir ses pairs dans l'intégration de la sexualité en pratique. Un autre exemple serait de créer un soutien postural pour une personne ayant un manque de tonus afin qu'elle puisse avoir des relations sexuelles (Higson, 2017).

### **3.2.8. Éduquer**

La stratégie d'éduquer consiste à transférer des connaissances à une personne, celle-ci étant active dans la réalisation de ses occupations. Ainsi, elle applique les nouveaux apprentissages au quotidien, favorisant ainsi son autonomie (Townsend et al., 2013). Ainsi, il y a une remise de pouvoir à la personne, car elle a en main des outils qu'elle pourra intégrer par la suite. Il est important de déterminer avec la personne des ressources et les styles d'apprentissages appropriés afin de faciliter l'intégration des informations (Townsend et al., 2013). Par exemple, un ergothérapeute pourrait accompagner une personne dans l'établissement de ses besoins et limites pour favoriser un engagement positif au sein de sa relation amoureuse. D'autres sujets pourraient être abordés tels que la communication et gestion émotionnelle. Avec celle-ci, des stratégies



d'éducation personnalisées telles que les jeux de rôles et l'utilisation de supports visuels seraient préconisées. Après d'une autre personne, il sera également possible de faire des enseignements au sujet du choix, de l'entretien et de l'entreposage d'objets ou outils utilisés lors des relations sexuelles (Higson, 2017). Après d'une personne ayant des difficultés sensorielles, l'enseignement au sujet du *body mapping*, consistant à identifier les parties du corps et les types de touchers qui procurent du plaisir, serait un autre exemple rapporté par Higson (2017).

### **3.2.9. Engager**

Engager fait aussi partie des stratégies du MCHCC. Il s'agit d'accompagner la personne afin qu'elle devienne mobilisée par l'expression de ses idées et ses choix. Celle-ci prend alors les décisions la concernant (Townsend et al., 2013). L'ergothérapeute encourage la personne à s'engager dans des occupations significatives puisqu'elles contribuent au bien-être et à la santé (Whiteford, Townsend et Hockingm 2000). Par ailleurs, selon Wilcock (2006), l'engagement sert à être, à devenir, à appartenir, à faire partie de, ainsi qu'à exécuter des occupations. Par exemple, un ergothérapeute peut offrir l'opportunité à la personne d'aborder le sujet de la sexualité lors des rencontres afin que cette dernière puisse s'engager dans des discussions sur ce sujet si elle le désire. Pour initier cette discussion, il est important que l'ergothérapeute instaure un climat de confiance et de normalisation pour que celle-ci se sente confortable à s'engager dans cette discussion.

### **3.2.10. Exercer l'expertise**

Exercer l'expertise renvoie au fait que l'ergothérapeute mobilise ses connaissances et compétences afin d'aider la personne à atteindre ses buts. D'une personne à une autre, l'ergothérapeute va modifier son approche et ses interventions de manière à répondre adéquatement aux besoins occupationnels de façon cohérente avec l'approche centrée sur la personne (Townsend et al., 2013). Par exemple, un ergothérapeute utilise ses connaissances au sujet des transferts sécuritaires afin de les appliquer aux changements de positionnements lors de relations sexuelles d'une personne ayant une lésion à la moelle épinière. Ainsi, celle-ci peut exécuter avec aisance ses transferts afin qu'ils soient réalisables et sécuritaires lors des relations sexuelles à domicile (Higson, 2017).

## **4. MÉTHODE**

Cette section présente les aspects méthodologiques, reliés à cette étude dont les objectifs sont de décrire les préoccupations d'ergothérapeutes au sujet de l'occupation de la sexualité ainsi que de décrire le soutien obtenu par un groupe d'intérêt afin d'habiliter leurs clients à l'occupation de la sexualité. Plus particulièrement, le devis de recherche, la méthode d'échantillonnage, la collecte de données, la procédure de la recherche, l'analyse de données, les critères de rigueur scientifique et les considérations éthiques sont abordés.

### **4.1. Devis de recherche**

Dans le cadre de cette recherche, le devis descriptif simple de nature mixte a été sélectionné. Ce dernier a pour but de décrire les caractéristiques d'un phénomène ou d'une population (Fortin et Gagnon, 2016). Le but de ce devis est cohérent avec les objectifs de la recherche précédemment énoncés. Par ailleurs, ce devis permet l'étude de phénomènes peu étudiés tels que celui faisant l'objet de cet essai. Le type mixte a été sélectionné, soit la combinaison de méthodes qualitative et quantitative pour répondre de façon optimale à la question de recherche en tirant avantage des forces et des faiblesses de chacune des méthodes (Fortin et Gagnon, 2016).

### **4.2. Méthode d'échantillonnage**

L'échantillon ciblé de la présente étude comprend des ergothérapeutes travaillant auprès de diverses clientèles. Le critère d'inclusion était d'être membre du groupe d'intérêt virtuel via un groupe Facebook fermé visant au soutien entre ergothérapeutes afin d'aborder la sexualité en pratique. Il n'y a aucun critère d'exclusion, dans la mesure où la personne répond aux critères d'inclusion énumérés précédemment. Il s'agit d'un échantillon de convenance, c'est-à-dire que les sujets sont sélectionnés en fonction de leur disponibilité et de leur volonté à participer à l'étude tout en répondant à des critères d'inclusion précis (Fortin et Gagnon, 2016).

### **4.3. Méthode de collecte de données**

La collecte de données consiste à recueillir d'une part les échanges qualitatifs entre les membres du groupe d'intérêt grâce à une grille d'analyse de contenu (Annexe A) et d'autre part les données obtenues par un questionnaire maison (Annexe B). Ces deux outils ont été

spécialement conçus aux fins de l'étude à partir de la recension des écrits et du cadre théorique retenu, soit le MCHCC afin de répondre adéquatement aux objectifs de cette recherche.

Les échanges réalisés à l'intérieur du groupe d'intérêt sont collectés grâce à la grille d'analyse de contenu pendant deux mois, de la mi-mars à la mi-mai 2018. La grille permet de classer les échanges selon les stratégies d'habilitation aux occupations du MCHCC. La grille est représentée par un tableau comportant deux colonnes. La première inclut les dix stratégies et la deuxième met à la disposition des espaces vides pour insérer les verbatims des participants en fonction des stratégies. Ainsi, il est possible de déterminer les préoccupations et les interrogations des participants en fonction de chaque stratégie d'habilitation.

Le questionnaire électronique est accessible sur le logiciel de sondage d'Evalandgo qui est sécurisé. Le questionnaire comprend deux sections, dont la première étant socio-démographique qui vise à décrire les participants et leur milieu de pratique. La deuxième section porte sur les préoccupations des ergothérapeutes, les stratégies d'habilitation utilisées? ainsi que les retombées du groupe d'intérêt. La première section (socio-démographique) comporte sept questions, dont deux dichotomiques, quatre ouvertes et une à choix multiples. Les questions de cette section concernent le genre, l'âge, le nombre d'années d'expérience, le statut d'emploi, le milieu de travail et la clientèle. La deuxième section comprend huit questions. Une première question dichotomique concerne si le participant a déjà abordé ou non la sexualité en pratique. Deux questions abordent l'importance et la facilité à aborder l'occupation de la sexualité dans leur pratique à partir d'un dispositif de type Likert d'une échelle à cinq niveaux (fortement en accord, d'accord, ni en accord ni en désaccord, désaccord, fortement en désaccord). Par la suite, une question aborde la perception de l'aide obtenu par le groupe d'intérêt à l'aide d'un dispositif de type Likert à sept niveaux (fortement en accord, d'accord, plutôt d'accord, ni en accord ni en désaccord, plutôt en désaccord, désaccord et fortement en désaccord). Ensuite, une question ouverte requiert du participant d'identifier des éléments spécifiques du groupe d'intérêt qui sont utiles pour la pratique. Deux questions (avec dix sous-questions) traitent de la fréquence et de l'utilité des stratégies d'habilitation aux occupations. La question portant sur la fréquence a recours à un dispositif de type Likert avec une échelle à cinq niveaux (jamais, rarement, parfois, souvent et très souvent). La question portant sur l'utilité a recours à un dispositif de type Likert avec une échelle à sept niveaux

(fortement en accord, d'accord, plutôt d'accord, ni en accord ni en désaccord, plutôt en désaccord, désaccord et fortement en désaccord). Un document résumant les stratégies d'habilitation est fourni aux participants pour les aider à répondre à ces deux questions plus particulièrement (annexe C). Une dernière question ouverte investigate les difficultés persistantes à intégrer l'occupation de la sexualité en pratique. Finalement, le questionnaire se termine par un espace prévu pour les commentaires.

#### **4.4. Procédure de recherche**

La recherche a débuté par une invitation qui a été envoyée aux membres du groupe d'intérêt pour participer à l'étude. Cette invitation inclut un formulaire d'information à propos de l'étude ainsi qu'un lien internet menant à la plateforme Evalandgo pour que les ergothérapeutes désirant participer à l'analyse des échanges puissent donner leur consentement. Les membres du groupe n'ayant pas fourni un consentement pour l'analyse des échanges participaient tout de même au groupe d'intérêt, mais leurs données n'étaient pas analysées. L'analyse des échanges réalisés sur le groupe s'est déroulée pendant deux mois, de la mi-mars à la mi-mai 2018. Le questionnaire a été envoyé via le groupe d'intérêt. Trois relances ont été faites auprès des membres du groupe d'intérêt afin de les inviter à remplir le questionnaire. Il y a eu un intervalle d'environ deux semaines entre chaque relance. L'analyse des données a débuté approximativement deux semaines après la dernière relance.

#### **4.5. Analyse des données**

Les données qualitatives recueillies à partir des échanges entre les membres du groupe d'intérêt ont été transcrites dans un fichier Word. Ces données ont ensuite fait l'objet d'une analyse de contenu, permettant l'émergence de thèmes (Fortin et Gagnon, 2016). Plus précisément, ces données recueillies ont été classées pour répertorier des thèmes ainsi que pour déterminer la fréquence d'apparition de ces derniers. L'analyse de données qualitatives permet de révéler une signification aux données recueillies afin qu'elles soient compréhensibles (Patton, 2002). Les données quantitatives obtenues uniquement par le questionnaire sont analysées grâce à des statistiques descriptives simples, c'est-à-dire des moyennes, pourcentages et distributions de fréquences. Ce type d'analyse permet de décrire et résumer un ensemble de données brutes dont les caractéristiques de l'échantillon auprès duquel les données ont été recueillies (Fortin et Gagnon,

2016). Des regroupements de niveaux pour certaines questions de type Likert ont été faits pour présenter des résultats.

#### **4.6. Critères de rigueur scientifique**

Les critères de rigueur scientifique de recherche relatifs à un devis mixte sont considérés afin d'assurer la qualité de la recherche. Tout d'abord, les outils de collecte de données, c'est-à-dire la grille d'analyse de contenu et le questionnaire sont conçus à partir de la recension des écrits et du Modèle canadien en habilitation centrée sur le client. De plus, l'analyse des données est réalisée par deux personnes, soit l'étudiante-chercheuse ainsi que la directrice d'essai. Un réviseur externe a également donné des commentaires.

#### **4.7. Considérations éthiques**

Pour réaliser ce projet, un certificat éthique (CDERS-18-13-06.05) a été émis en date du 26 février 2018 par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières afin de s'assurer qu'il respecte les critères éthiques. Une attention particulière a été portée afin de conserver l'anonymat des participants. En effet, les données sont enregistrées sous un numéro attribué à chaque participant pour préserver la confidentialité.

## **5. RÉSULTATS**

Ce chapitre présente les résultats d'une étude visant à décrire les préoccupations d'ergothérapeutes au sujet de l'habilitation de l'occupation de la sexualité ainsi que de décrire le soutien obtenu par un groupe d'intérêt portant sur ce même sujet. En premier lieu, les caractéristiques démographiques des participants, les préoccupations de ceux-ci par rapport à l'occupation de la sexualité ainsi que le soutien obtenu via un groupe d'intérêt seront présentés. En deuxième lieu, les résultats obtenus par les échanges réalisés via le groupe d'intérêt sont présentés selon les thèmes qui ont émergés.

### **5.1. Participants**

25 participants des parmi les 207 membres du groupe ont consenti à participer à l'étude, ce qui correspond à un taux de participation de 12,1 %.

Neuf de ceux-ci ont donné leur consentement pour participer à l'analyse des échanges sur le groupe d'intérêt. Parmi ceux-ci, 88,9 % (n=8) sont des femmes et un seul est un homme.

16 participants ont consenti à compléter le questionnaire électronique. Parmi les participants, 93,8 % sont des femmes (n=15) et un seul est un homme. L'âge moyen des participants (n=16) est de 33 ans et varie entre 23 ans et 47 ans. 87,5 % (n=14) travaillent à temps plein alors que 12,5 % (n=2) travaillent à temps partiel. Les années d'expérience varient entre 2 mois et 24 ans. La moitié des participants (n=8) ont moins de 6 ans d'expérience et l'autre moitié (n=8) plus de 8 ans d'expérience. Le tableau 1 donne la distribution des participants par années d'expérience.

Tableau 1.  
*Distribution de fréquences des participants par années d'expérience*

| Regroupement par années d'expérience | Pourcentage de participants (%) (n=16) |
|--------------------------------------|--|
| [0 et 2 ans[                         | 12,5 % (n=2)                           |
| [2 et 4 ans[                         | 18,8 % (n=3)                           |
| [4 et 6 ans[                         | 18,8 % (n=3)                           |
| [6 et 8 ans[                         | 0 % (n=0)                              |
| [8 et 10 ans[                        | 6,2 % (n=1)                            |
| [10 et 12 ans[                       | 6,2 % (n=1)                            |
| [12 et 14 ans[                       | 0 % (n=0)                              |
| [14 et 16 ans[                       | 18,8 % (n=3)                           |
| [16 et 18 ans[                       | 6,2 % (n=1)                            |
| [18 et 20 ans[                       | 6,2 % (n=1)                            |
| [20 et 22 ans[                       | 0 % (n=0)                              |
| [22 et 24 ans[                       | 0 % (n=0)                              |
| [24 et 26 ans[                       | 6,3 % (n=1)                            |

Les participants étaient répartis entre huit milieux de travail (tableau 2). 35,3 % (n=6) œuvrent en clinique privée. Ensuite, les autres participants travaillent dans les milieux suivants : 17,6 % (n=3) en milieu hospitalier, 11,8 % (n=2) en centre de réadaptation, 11,7 % (n=2) en clinique externe, 5,9 % (n=1) à un centre local de services communautaires (CLSC), 5,9 % (n=1) à un centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED), 5,9 % (n=1) en hébergement et 5,9 % (n=1) au sein d'un milieu autre. Ce dernier milieu n'est pas dévoilé pour assurer la confidentialité de ce participant.

Tableau 2.  
*Milieux de pratique des participants*

| Milieu de pratique     | Pourcentage des participants (%) (n=17*) |
|------------------------|--|
| Clinique privée        | 35,3 % (n=6)                             |
| Hôpital                | 17,6 % (n=3)                             |
| Centre de réadaptation | 11,8 % (n=2)                             |
| Clinique externe       | 11,7 % (n=2)                             |
| CLSC                   | 5,9 % (n=1)                              |
| CRITED                 | 5,9 % (n=1)                              |
| Hébergement            | 5,9 % (n=1)                              |
| Autre                  | 5,9 % (n=1)                              |

\*Un ergothérapeute travaille au sein de deux milieux c'est pourquoi le nombre total des milieux (n=17) est supérieur au nombre total de participants (n=16).

Les groupes d'âge auprès desquels les participants travaillent se répartissent comme suit : 68,7 % (n=11) auprès des adultes, 25 % (n=4) auprès des personnes âgées et 6,3 % (n=1) auprès des adolescents (tableau 3). Aussi, la moyenne d'âge des clients estimée par les participants (n=14) varie entre 35 ans et 71 ans. À cette question, 14 réponses ont été retenues puisqu'un résultat ne permettait pas de déterminer l'âge moyen de la clientèle et une autre réponse était manquante.

Tableau 3.  
*Groupes d'âge auprès desquels les participants travaillent*

| Groupes d'âge   | Pourcentage des participants (%)<br>(n=16) |
|-----------------|--|
| Adultes         | 68,7 % (n=11)                              |
| Personnes âgées | 25,0 % (n=4)                               |
| Adolescents     | 6,3 % (n=1)                                |

Les participants ont identifié (question ouverte) les clientèles pour lesquelles ils avaient des préoccupations pour aborder la sexualité. Les réponses se répartissent selon les thèmes suivants : « clientèles présentant des problématiques physiques » à 50 % (n=12), « clientèles avec problématiques multi-dimensionnelles » à 40,9 % (n=10) et « toutes les clientèles » à 9,1 % (n=2). Le tableau 4 présente ces éléments. De plus, la clientèle présentant de la douleur chronique est la réponse la plus fréquente (n=5). L'accident vasculaire cérébral (AVC) est la deuxième réponse la plus fréquente (n=3).



Tableau 4.  
*Clientèles pour lesquelles les participants ont des préoccupations afin d'aborder l'occupation de la sexualité*

| Thèmes  | Pourcentage des énoncés (%) (n=24*) | Verbatims extraits des énoncés fournis par les participants  |
|---|-------------------------------------|--|
| Clientèles présentant des problématiques physiques  | 50,0 % (n=12)                       | « AVC et autres lésions neurologiques »<br>« Quadraplégiques, paraplégiques, blessures orthopédiques avec séquelles permanentes »<br>« Accidentés de la route et de travail qui présente un trouble musculo-squelettique »<br>« Blessures de dos » |
| Clientèles avec problématiques multidimensionnelles | 40,9 % (n=10)                       | « Douleur chronique »<br>« Déficience intellectuelle »<br>« Vétérans en programme de réadaptation physique ou psy »<br>« Dépression à la suite d'une blessure grave »  |
| Toutes les clientèles                               | 9,1 % (n=2)                         | « Toutes les clientèles vues en ergothérapie pourraient présenter des dysfonctions sexuelles à mon avis »<br>« Tous »  |

\*Certains participants ont répondu plus d'une réponse c'est pourquoi le nombre total de réponses (n= 24) excède le nombre total de participants (n=16).

## 5.2. Importance et facilité d'aborder la sexualité dans la pratique

À la question « Avez-vous eu la chance d'aborder l'occupation de la sexualité dans votre pratique ? », les résultats indiquent que 56,2 % (n=9) des participants mentionnent avoir déjà abordé la sexualité dans leur pratique alors que 43,8 % (n=7) disent ne jamais l'avoir fait. 81,3 % (n=13) des participants sont en accord ou fortement en accord avec l'affirmation suivante : « Je considère important d'aborder l'occupation de la sexualité dans le cadre de ma pratique en tant qu'ergothérapeute ». 18,7 % (n=3) sont neutres (ni en accord ni en désaccord). Ensuite, les participants devaient indiquer leur niveau d'accord pour la facilité d'aborder l'occupation de la sexualité dans leur pratique. 50 % (n=8) des participants sont en désaccord ou fortement en désaccord, 25 % (n=4) sont d'accord, 25 % (n=4) sont neutres (ni en accord ni en désaccord) et aucun n'est fortement en accord. Le tableau 5 expose les résultats pour la facilité et l'importance d'intégrer la sexualité dans la pratique ainsi que l'écart entre ces résultats.

Tableau 5.  
*Comparaison entre l'importance et la facilité à aborder l'occupation de la sexualité dans la pratique*

|                      | Niveau d'accord sur l'échelle de Likert à 5 niveaux |                 |                                  |                 |                            |
|----------------------|---|-----------------|----------------------------------|-----------------|----------------------------|
|                      | Fortement en accord (%)                             | D'accord (%)    | Ni en accord ni en désaccord (%) | Désaccord (%)   | Fortement en désaccord (%) |
| Importance<br>(n=16) | 43,8 %<br>(n=7)                                     | 37,5 %<br>(n=6) | 18,7 %<br>(n=3)                  | 0 %<br>(n=0)    | 0 %<br>(n=0)               |
| Facilité<br>(n=16)   | 0 %<br>(n=0)  | 25,0 %<br>(n=4) | 25 %<br>(n=4)                    | 37,5 %<br>(n=6) | 12,5 %<br>(n=2)            |
| Écart                | +43,8 %   | +12,5 %         | -6,3 %                           | -37,5 %         | -12,5 %                    |

### 5.3. Échanges entre les membres du groupe d'intérêt

26 échanges entre les membres du groupe d'intérêt ont fait l'objet d'analyse de contenu. Les échanges se répartissent en neuf des dix stratégies d'habilitation aux occupations. Il s'agit d'adapter, revendiquer, coacher, collaborer, consulter, concevoir et réaliser, éduquer, engager ainsi qu'exercer l'expertise. La stratégie de coordonner est la seule qui n'a pas fait l'objet des échanges sur le groupe d'intérêt. La stratégie d'engager est la plus fréquente à 26,9 % (n=7). Les résultats sont présentés au tableau 6.

Tableau 6.  
Répartition du contenu des échanges du groupe d'intérêt selon les stratégies d'habilitation aux occupations

| Stratégies d'habilitation aux occupations | Pourcentage des énoncés (%) (n=26) | Verbatims extraits des énoncés fournis par les participants   |
|---|------------------------------------|---|
| Engager                                   | 26,9 % (n=7)                       | « Je crois qu'il est important premièrement d'ouvrir la porte à nos patients à discuter de sexualité »<br>« [...] reprise des tâches et activités après un AVC »  |
| Éduquer                                   | 19,2 % (n=5)                       | « [...] outils, des documents ou autres qui permettent de fournir des informations vulgarisées à vos clients en ce qui concerne la sexualité »<br>« [...] aborder le fait que la sexualité n'est pas que l'activité sexuelle et englobe plusieurs sphères » |
| Collaborer                                | 11,5 % (n=3)                       | « [...] il est vrai que le recours à des questions plus spécifiques permettrait d'approfondir la discussion et de mieux comprendre les besoins de nos patients qui veulent parler de sexualité »  |
| Consulter                                 | 11,5 % (n=3)                       | « N'hésitez pas à demander de l'aide si jamais vous avez besoin, plusieurs têtes valent mieux qu'une. »   |
| Exercer l'expertise                       | 7,7 % (n=2)                        | « Il serait bien d'aborder les positions/stratégies pour avoir des relations sexuelles en lien avec diverses problématiques : SEP, entorse lombaire, prothèse totale de la hanche, etc. »   |
| Adapter                                   | 7,7 % (n=2)                        | « Positionnement au lit et au fauteuil roulant, aides-techniques »  |
| Revendiquer                               | 7,7 % (n=2)                        | « Mettre l'accent sur l'importance de l'aborder avec tous les types de clientèles (douleur chronique, personnes âgées, déficience intellectuelle, etc. »  |
| Coacher                                   | 3,9 % (n=1)                        | Extrait non divulgué pour respecter la confidentialité d'un participant.  |
| Concevoir et réaliser                     | 3,9 % (n=1)                        | Extrait non divulgué pour respecter la confidentialité d'un participant.  |

Le contenu des échanges a aussi fait émerger certains questionnements éthiques. Premièrement, le droit des clients à s'engager dans l'occupation de la sexualité a été soulevé. À ce sujet, un participant a mentionné ceci : « *Elle soulève le droit des patients à participer à leur sexualité et autres activités liées à l'intimité. Si on veut avoir la prétention de considérer les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) comme milieu de vie pour les usagers, la participation à des activités sexuelles devrait faire partie des possibilités* ». Deuxièmement, un enjeu éthique a été soulevé. Un participant a dit : « *Toutefois, considérant les problématiques de santé des usagers en CHSLD, surtout cognitives, l'enjeu de consentement, de la liberté de décision est à considérer* ». Troisièmement, un participant a fait mention de l'importance des questionnements éthiques en lien avec les ressources intermédiaires (RI) et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Finalement, un autre participant a soulevé l'existence de barrières qui limitent les différents professionnels de la santé à aborder l'occupation de la sexualité plus précisément auprès de la clientèle ayant subi un accident vasculaire cérébrale (AVC). Ce participant n'a pas spécifié les barrières.

#### **5.4. Recours aux stratégies d'habilitation**

Les participants devaient ensuite indiquer la fréquence à laquelle ils ont recours aux stratégies d'habilitation aux occupations dans leur pratique quand il s'agit d'habiliter l'occupation de la sexualité. Ainsi, ils devaient indiquer la fréquence d'utilisation pour les dix stratégies suivantes : adapter, revendiquer, coacher, collaborer, consulter, coordonner, concevoir et réaliser, éduquer, engager ainsi qu'exercer l'expertise. La stratégie la plus rapportée pour habiliter l'occupation de la sexualité était celle d'éduquer. En effet, 43,7 % (n=7) des participants ont indiqué utiliser très souvent ou souvent cette stratégie. La stratégie la moins utilisée par les participants est était concevoir et réaliser. Effectivement, 6,2 % (n=1) des participants ont indiqué utiliser souvent et très souvent cette stratégie. Les résultats détaillés pour cette question sont présentés au tableau 7.

Tableau 7.

*Fréquence d'utilisation des stratégies d'habilitation aux occupations auxquelles les ergothérapeutes ont recours en pratique pour habilitier l'occupation de la sexualité*

| Stratégies de l'habilitation aux occupations | Très souvent et souvent (%) | Parfois (%)  | Rarement et jamais (%) |
|--|-----------------------------|--------------|------------------------|
| Éduquer (n=16)                               | 43,7 % (n=7)                | 31,3 % (n=5) | 25 % (n=4)             |
| Adapter (n=16)                               | 37,5 % (n=6)                | 31,3 % (n=5) | 31,2 % (n=5)           |
| Consulter (n=16)                             | 31,2 % (n=5)                | 43,8 % (n=7) | 25,0 % (n=4)           |
| Collaborer (n=16)                            | 31,2 % (n=5)                | 25,0 % (n=4) | 43,8 % (n=7)           |
| Coacher (n=16)                               | 25,0 % (n=4)                | 31,3 % (n=5) | 43,7 % (n=7)           |
| Engager (n=16)                               | 18,8 % (n=3)                | 37,5 % (n=6) | 43,7 % (n=7)           |
| Exercer l'expertise (n=16)                   | 18,7 % (n=3)                | 12,5 % (n=2) | 68,8 % (n=11)          |
| Coordonner (n=16)                            | 12,5 % (n=2)                | 12,5 % (n=2) | 75,0 % (n=12)          |
| Revendiquer (n=16)                           | 12,5 % (n=2)                | 12,5 % (n=2) | 75,0 % (n=12)          |
| Concevoir et réaliser (n=16)                 | 6,2 % (n=1)                 | 18,8 % (n=3) | 75,0 % (n=12)          |

Ensuite, les participants devaient indiquer leur niveau d'accord pour l'utilité perçue des stratégies d'habilitation aux occupations auxquelles ils ont eu recours en pratique. 87,5 % (n=14) des participants considéraient les stratégies d'adapter et d'éduquer comme les plus utiles pour habilitier l'occupation de la sexualité. La stratégie considérée la moins utile en général par les participants est d'exercer l'expertise. 31,2 % (n=5) des participants ont indiqué que cette stratégie est utile. Les résultats sont présentés au tableau 8.

Tableau 8.

*Utilité des stratégies d'habilitation aux occupations auxquelles les ergothérapeutes ont recours dans leur pratique pour habilitier l'occupation de la sexualité*

| Stratégies de l'habilitation aux occupations | Utile (fortement en accord, d'accord et plutôt d'accord) (%) | Neutre (ni en accord ni en désaccord) (%) | Moins utile (fortement en désaccord, désaccord et plutôt en désaccord) (%) |
|--|--|---|--|
| Adapter (n=16)                               | 87,5 % (n=14)  | 6,2 % (n=1)                               | 6,3 % (n=1)  |
| Éduquer (n=16)                               | 87,5 % (n=14)  | 0 % (n=0)                                 | 12,5 % (n=2)   |
| Coacher (n=16)                               | 75,0 % (n=12)  | 6,3 % (n=1)                               | 18,7 % (n=3)   |
| Consulter (n=16)                             | 68,8 % (n=11)  | 18,7 % (n=3)                              | 12,5 % (n=2)   |
| Collaborer (n=16)                            | 62,5 % (n=10)  | 25,0 % (n=4)                              | 12,5 % (n=2)   |
| Engager (n=16)                               | 62,5 % (n=10)  | 18,8 % (n=3)                              | 18,7 % (n=3)   |
| Concevoir et réaliser (n=16)                 | 37,5 % (n=6)   | 25,0 % (n=4)                              | 37,5 % (n=6)   |
| Coordonner (n=15*)                           | 33,4 % (n=5)   | 33,3 % (n=5)                              | 33,3 % (n=5)   |
| Revendiquer (n=15*)                          | 33,3 % (n=5)   | 20,0 % (n=3)                              | 46,7 % (n=7)   |
| Exercer l'expertise (n=16)                   | 31,2 % (n=5)   | 31,3 % (n=5)                              | 37,5 % (n=6)   |

\*Pour les stratégies coordonner et revendiquer, une réponse était manquante c'est pourquoi il y a 15 participants plutôt que 16.

Les participants devaient identifier les éléments qui demeurent encore difficiles pour eux dans leur travail eu égard à l'habilitation de l'occupation de la sexualité. Les 16 participants ont répondu à cette question et certains ont mentionné plus d'un élément dans leur réponse. Quatre thèmes ont émergé des réponses des participants. Parmi ceux-ci, le thème le plus récurrent est l'inconfort perçu pour la personne et pour l'ergothérapeute. Effectivement, 42,1 % des réponses (n=8) se rapportent à l'inconfort. Le deuxième thème est le manque de savoir-faire, où 26,3 % des réponses (n=5) sont relatives à ce dernier. Finalement, les thèmes le temps et le contexte de travail représentent chacun 15,8 % des réponses (n=3). Les résultats sont présentés au tableau 9.

Tableau 9.  
*Éléments identifiés par les participants comme étant encore difficiles dans l'habilitation de l'occupation de la sexualité dans leur pratique*

| Thèmes   | Pourcentage des énoncés (%) (n=19*) | Verbatims extraits des énoncés fournies par les participants  |
|--|-------------------------------------|---|
| Inconfort (pour la personne et l'ergothérapeute) | 42,1 % (n=8)                        | « Briser les tabous »<br>« Ouverture du client à vouloir en parler et moi-même de me sentir à l'aise d'engager la discussion avec le client »<br>« Réduire l'inconfort du client et mettre en pratique les diverses façons de l'aborder » |
| Manque de savoir-faire                           | 26,3 % (n=5)                        | « Avoir les outils et les connaissances pour l'aider »<br>« Je suis peu familière avec de possibles aides techniques »<br>« Manque de ressources et de références »   |
| Temps  | 15,8 % (n=3)                        | « Prendre le temps de documenter cette sphère »<br>« J'ai peu de temps pour développer une relation de confiance »  |
| Contexte de travail                              | 15,8 % (n=3)                        | « Environnement de travail »<br>« Les règles des établissements et la perception des autres intervenants »  |

\*Il y a plus de 16 réponses puisque des participants ont donné plus d'un élément dans leur réponse.

### 5.5. Retombées du groupe d'intérêt

Les participants devaient ensuite indiquer leur niveau d'accord pour l'énoncé suivant : « Le groupe d'intérêt m'a aidé à aborder l'occupation de la sexualité dans ma pratique ». 56,3 % (n=9) des participants n'étaient ni en accord ni en désaccord avec l'affirmation. 25 % (n=4) sont d'accord et ou plutôt d'accord avec l'énoncé. Finalement, 18,7 % (n=3) étaient en désaccord ou plutôt en désaccord. Ces résultats sont présentés au tableau 10 et à la figure 1.

Tableau 10.  
*Niveau d'accord sur l'aide obtenu grâce au groupe d'intérêt pour aborder la sexualité dans leur pratique*

| Niveau d'accord              | Pourcentage des participants (%) (n=16) |
|------------------------------|---|
| Fortement d'accord           | 0 % (n=0)                               |
| D'accord                     | 12,5 % (n=2)                            |
| Plutôt d'accord              | 12,5 % (n=2)                            |
| Ni en accord ni en désaccord | 56,3 % (n=9)                            |
| Plutôt en désaccord          | 6,2 % (n=1)                             |
| Désaccord                    | 12,5 % (n=2)                            |
| Fortement en désaccord       | 0 % (n=0)                               |

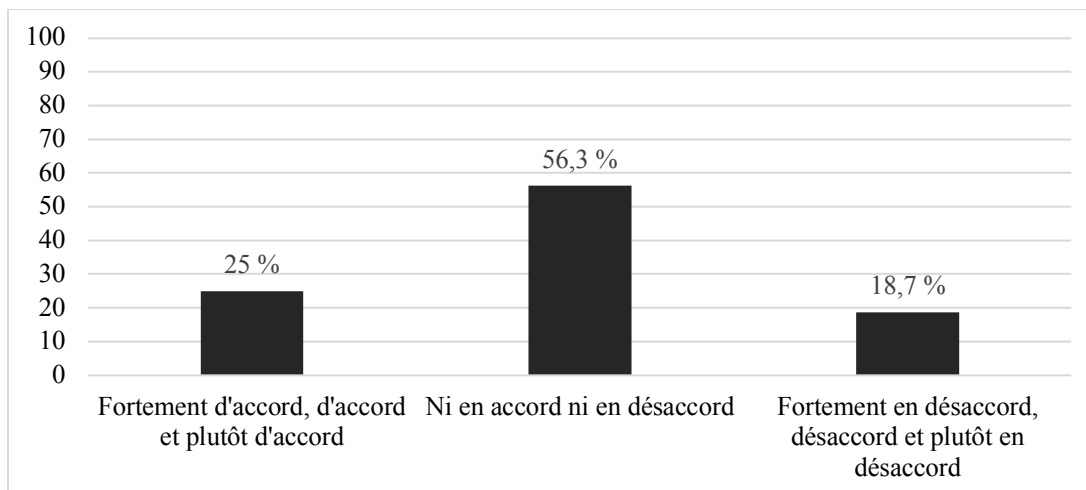


Figure 1. Niveau d'accord au sujet de l'aide obtenu grâce au groupe d'intérêt afin d'aborder l'occupation de la sexualité dans leur pratique

À une question ouverte, il a été demandé aux participants d'identifier des éléments qui leur ont été utiles dans le groupe d'intérêt et qui les ont aidés à aborder l'occupation de la sexualité dans leur pratique. Les réponses des participants sont regroupées selon cinq thèmes. Le thème le plus récurrent est le soutien et le partage à 37,5 % (n=6). Le deuxième thème représente les situations ne permettant pas l'application des éléments du groupe en pratique à 25 % (n=4). Ensuite, le troisième thème est peu ou pas d'utilisation du groupe d'intérêt à 18,5 % (n=3). Le quatrième thème est le groupe d'intérêt considéré peu actif à 12,5 % (n=2). Finalement, le dernier thème est d'aborder la sexualité à 6,2 % (n=1). Ces résultats sont présentés au tableau 11.



Tableau 11.

*Éléments considérés pertinents par les participants au sein du groupe d'intérêt pour intégrer l'occupation de la sexualité dans leur pratique*

| Thèmes   | Pourcentage des énoncés (%)<br>(n=16*) | Verbatims extraits des énoncés fournies par les participants   |
|--|--|--|
| Soutien et partage   | 37,5 % (n=6)                           | « Partage de ressources pour aborder la sexualité avec les patients »<br>« C'est surtout d'avoir un groupe de soutien en cas de questionnement spécifique qui me rassure »<br>« Partage d'expériences avec des collègues » |
| Situations personnelles ne permettant pas l'application des éléments du groupe en pratique | 25 % (n=4)                             | « Actuellement en congé de maternité, donc pas d'application des apprentissages »<br>« J'ai fait un changement de domaine de pratique très récemment donc pas encore assez stable pour répondre »                          |
| Peu ou pas d'utilisation du groupe d'intérêt   | 18,8 % (n=3)                           | « Je n'ai pas eu à la consulter depuis qu'il existe »<br>« Peu utilisé à ce jour, je suis l'activité en cours »  |
| Groupe d'intérêt considéré peu actif   | 12,5 % (n=2)                           | « Pour le moment, j'ai vu peu d'échange »  |
| Aborder la sexualité   | 6,2 % (n=1)                            | « Voir différentes façons d'aborder le sujet »   |

\*A cette question, 14 participants ont répondu à la question, dont deux d'entre eux à fournis deux éléments au sein de sa réponse.

## **6. DISCUSSION**

La présente section discutera les résultats de cette étude visant à décrire les préoccupations d'ergothérapeutes au sujet de l'habilitation de l'occupation de la sexualité ainsi que de décrire le soutien obtenu par leur participation à un groupe d'intérêt afin d'habiliter leurs clients à l'occupation de la sexualité. Plus particulièrement, les résultats relatifs à l'intégration de l'occupation de la sexualité dans la pratique, aux stratégies d'habilitation aux occupations utilisées ainsi qu'aux retombées du groupe d'intérêt seront discutés. Finalement, les limites et forces de cette étude seront abordées.

### **6.1. Défis rencontrés lors de l'intégration de l'occupation de la sexualité dans la pratique**

Les résultats dévoilent que l'intégration de l'occupation de la sexualité dans la pratique est un défi. En effet, seulement un peu plus de la moitié des participants ont déjà abordé ce sujet auprès de clients. Ce résultat est remarquable et cohérent avec les résultats de Hyland et Mc Grath (2013) où plus de la moitié des ergothérapeutes irlandais mentionnaient l'aborder peu ou pas lors de rencontre individuelle. Il est possible de constater qu'il s'agit d'une occupation qui n'est pas abordée systématiquement non-seulement chez les ergothérapeutes canadiens mais aussi chez des ergothérapeutes irlandais. Des barrières étaient perçues par certains ergothérapeutes du groupe d'intérêt; ceux-ci ne percevaient pas du soutien dans leur milieu de travail tout comme dans l'étude de Hyland et Mc Grath (2013).

Les ergothérapeutes de la présente étude ainsi que celle de Hyland et Mc Grath (2013) sont en accord avec la pertinence d'aborder cette occupation au sein de la pratique des ergothérapeutes. Ces résultats rejoignent les propos de Couldrick (1998) ainsi que de Sakellariou et Algado (2006) qui soutiennent que l'ergothérapeute a un rôle à jouer en ce qui concerne l'occupation de la sexualité. Il est possible de croire que l'importance de cette occupation dans la vie des personnes est perçue positivement.

Les participants ont évoqué qu'il est difficile d'aborder l'occupation de la sexualité. Bien que cette difficulté ne soit pas ressortie textuellement dans la recension des écrits, les nombreuses barrières identifiées dévoilent qu'il n'est pas simple d'intégrer la sexualité au sein de la pratique de l'ergothérapie. La principale barrière qui a été identifiée à plusieurs reprises est l'inconfort pour

le client ou pour l'ergothérapeute. L'inconfort a également été identifié par Higson (2017), Hyland et Mc Grath (2013), Mc Grath et Lynch (2014) et Yallop et Fitzgerald (1997). Force est de constater que la sexualité est un sujet encore délicat pour l'ergothérapeute et pour le client. La sexualité fait partie de l'intimité (OMS, 2015). Aborder cette occupation dans la pratique demande du temps puisqu'il faut prendre le temps de développer une relation de confiance avec la personne concernée afin de diminuer l'inconfort. Une autre barrière soulevée par les participants est le manque de connaissances et de savoir-faire pour intégrer efficacement cette occupation dans la pratique, qui avait été également identifiée dans les études de : Higson, 2017; Hyland et Mc Grath, 2013; Mc Grath et Lynch, 2014; Yallop et Fitzgerald, 1997. Les études recensées n'explicitaient pas les barrières en tant que telles, elles ne faisaient que les identifier. Ensuite, le manque de temps et le contexte de travail ont été soulevés par les participants. Il s'agit encore une fois de barrières abordées dans les écrits recensés (Higson, 2017; Hyland et Mc Grath, 2013; Mc Grath et Lynch, 2014). Les résultats portant sur les barrières convergent avec les écrits, à l'exception du fait que certains participants ont mentionné qu'il manquait de ressources et de références pour favoriser l'intégration de l'occupation de la sexualité dans la pratique. Force est de constater la rareté d'outils pour appuyer les ergothérapeutes dans leur travail à ce sujet.

Par ailleurs, intégrer l'occupation de la sexualité dans la pratique soulève questionnements éthiques. L'étude a montré des éléments spécifiquement reliés à l'environnement des CHSLD. Il y a lieu de croire que l'ergothérapeute dans ces milieux désirant se porter à la défense des droits de la personne doivent d'abord militer auprès de la direction des établissements concernés. De plus, les questionnements éthiques renvoient à la nécessité de travail interdisciplinaire. En effet, les enjeux liés au consentement libre et éclairé pour des personnes aux prises avec des difficultés cognitives ne peuvent être traités que par un seul professionnel.

## **6.2. Stratégies d'habilitation aux occupations**

Les participants ont indiqué que certaines stratégies d'habilitation aux occupations sont plus utilisées et plus importantes que d'autres pour intégrer l'occupation de la sexualité à la pratique clinique. Les stratégies les plus utilisées étaient celles d'éduquer et d'adapter. Les échanges lors du groupe d'intérêt ont mis en évidence l'importance d'engager la personne concernée. Cette stratégie n'est pas étonnante, car engager une conversation avec cette personne

au sujet de la sexualité est un premier pas pour intégrer cette occupation dans la pratique. Des participants ont également fait valoir qu'initier et engager une conversation à ce sujet n'était pas toujours facile, comme le faisaient valoir Bahouq, Allali, Rkain et Hajjaj-Hassouni (2013) ainsi que Yallop et Fitzgerald (1997).

Par ailleurs, différentes problématiques affectent la capacité des personnes à s'engager dans cette occupation comme il est soulevé dans l'étude de Northcott et Chard (2000) où les participants ont mentionné que leur condition de santé (douleur au dos) affectait l'occupation de la sexualité. Les problèmes de santé et les changements de condition physique entraînent aussi des altérations et modifications de perceptions du rôle à l'intérieur d'une famille comme le fait valoir Esmail, Huang et Maruska (2010).

### **6.3. Groupe d'intérêt**

Le groupe d'intérêt destiné à des ergothérapeutes intéressés à considérer davantage la sexualité dans leur pratique a permis à plus du tiers des ergothérapeutes participants d'obtenir du soutien et de partager ses préoccupations. Ces résultats sont inédits, puisqu'aucune étude empirique incluant un groupe d'intérêt n'a été répertoriée dans les écrits à notre connaissance.

Les limites d'un groupe d'intérêt, sous forme virtuelle, font qu'il est possible pour des participants de rester passifs. Aussi, certaines contraintes relatives au groupe d'intérêt se rattachent à des enjeux éthiques et au respect des droits d'auteurs, tels que le partage d'articles scientifiques. Le respect des droits d'auteur empêche de distribuer des articles pertinents. Toutefois, l'intégration des participants au groupe d'intérêt témoigne de trouver une solution à cette problématique. Aussi, il est possible que la nouveauté du groupe d'intérêt ait influencé la perception des participants. La courte durée des échanges limite aussi le temps pendant lequel les participants ont pu faire des apprentissages à partir du groupe. Il y a lieu de poursuivre la réflexion afin d'améliorer le groupe d'intérêt.

### **6.4. Limites et forces**

Cette étude comporte certaines limites qui doivent être considérées. En premier lieu, la méthode d'échantillonnage qui a été sélectionnée, soit par convenance, limite la généralisation des résultats (Fortin et Gagnon, 2016). Ainsi, les résultats de cette recherche doivent être utilisés avec

vigilance bien qu'ils pourront orienter de futures études. En deuxième lieu, une autre limite à cette étude est que la collecte de données s'est déroulée peu de temps après la création du groupe d'intérêt en raison des délais imposés pour compléter cette étude. Ainsi, il y a lieu de croire que la maturation du groupe ait pu influencer le taux de participation et par le fait même les résultats. Le fait que le groupe d'intérêt soit virtuel est un autre facteur qui a pu influencer le taux de participation. De plus, une autre limite se rattache au fait que l'étude du déroulement du groupe d'intérêt n'a pas été faite. Il n'est pas possible alors de détailler certains des facteurs liés à la gestion et à l'animation du groupe. Il est possible que la manière d'animer le groupe peut avoir influencé positivement ou négativement les retombées. De plus, le recours à un questionnaire est aussi limitatif malgré qu'il permet d'objectiver les données. Aussi, il y a lieu de se questionner si 16 participants étaient suffisants puisqu'il n'y avait pas de saturation de données pour les réponses aux questions ouvertes comme le suggèrent Fortin et Gagnon (2016).

Bien que cette étude comporte des limites, elle présente également des forces, notamment sur les plans scientifique et professionnel. Cette étude fournit des résultats novateurs concernant les stratégies d'habilitation aux occupations, le groupe d'intérêt et l'occupation de la sexualité qui sont des sujets encore peu étudiés. Ainsi, il est possible de croire que cette étude contribue à l'avancement des connaissances même si les résultats sont modestes face à ces préoccupations. À notre connaissance, elle consiste en un premier pas au sujet de la compréhension du phénomène de groupe d'intérêt en lien avec l'occupation de la sexualité. Du point de vue méthodologique, l'utilisation de deux méthodes de collecte de données, soit le recueil des échanges au sein du groupe d'intérêt et le recours à un questionnaire, est un atout.

## 7. CONCLUSION

Ce projet se voulait un premier pas dans l'étude des groupes d'intérêt en lien avec l'habilitation de l'occupation de la sexualité. Par les résultats obtenus, il a été documenté que les ergothérapeutes font face à divers défis afin d'intégrer l'occupation de la sexualité dans la pratique et que des recherches supplémentaires sont nécessaires afin d'évaluer le soutien obtenu par un groupe d'intérêt.

Cette étude a diverses retombées sur la pratique de l'ergothérapie du point de vue social, de la recherche et de la clinique. Premièrement, cette étude reconnaît que l'occupation de la sexualité est une préoccupation, mais aussi un besoin pour tous les individus, y compris ceux présentant un handicap, une déficience ou autre condition. Cette étude est un pas de plus contre la stigmatisation que peuvent vivre ces individus qui ont les mêmes besoins que tous. Cette étude est pertinente pour les ergothérapeutes préoccupés par le sujet.

Deuxièmement, ce projet, étant à notre connaissance le premier à étudier les groupes d'intérêt pour ergothérapeutes en lien avec l'occupation de la sexualité, montre les différents défis auxquels font face les ergothérapeutes. Des ressources sont disponibles, mais peu utilisées et cela soulève l'accessibilité à ces ressources et la responsabilité des ergothérapeutes pour se mettre dans des conditions pour y avoir accès.

Troisièmement, l'une des retombées anticipées par ce projet est la reconnaissance du groupe d'intérêt auprès des ergothérapeutes afin de les soutenir au sujet de l'intégration de l'occupation de la sexualité en pratique. Ce groupe permet aux ergothérapeutes d'obtenir du soutien par les pairs et diverses ressources afin d'être mieux outillés pour surmonter les défis qui peuvent survenir dans la pratique à ce sujet. Par ailleurs, cette étude met en lumière que les ergothérapeutes, par les stratégies d'habilitation aux occupations, peuvent faire beaucoup pour et avec leurs clients.

Des recherches futures sont nécessaires afin de documenter en profondeur l'occupation de la sexualité, les enjeux éthiques y étant rattachés et les obstacles et facilitateurs chez les ergothérapeutes. Il serait pertinent de refaire l'étude dans le futur afin de vérifier si la maturation

du groupe a bel et bien influencé les résultats obtenus au sujet du soutien obtenu par les membres du groupe d'intérêt. Finalement, il serait intéressant de refaire cette étude auprès d'une communauté de pratique en présentiel portant sur l'occupation de la sexualité.

## RÉFÉRENCES

- Abbott, D. et Howarth, J. (2007). Still Off-Limits? Staff Views on Supporting Gay, Lesbian and Bisexual People with Intellectual Disabilities to Develop Sexual and Intimate Relationships? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(2), 116-126. doi:10.1111/j.1468-3148.2006.00312.x
- Annon, J.S. (1976). *Behavioral Treatment of Sexual problems: Brief Therapy*. Oxford, England: Harper & Row.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2002). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie* (éd. rév.). Ottawa ON : CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa : CAOT Publications ACE. Repéré à <https://www.caot.ca/document/4720/2012profil.pdf>
- Bahouq, H., Allali, F., Rkain, H. et Hajjaj-Hassouni, N. (2013). Discussing sexual concerns with chronic low back pain patients: barriers and patients' expectations. *Clinical Rheumatology*, 32(10), 1487-1492. doi:10.1007/s10067-013-2299-y
- Beaupré, E. (2014). *Habilitation aux occupations et résilience : description de ce qu'en pensent des ergothérapeutes* (Essai critique de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières). Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/7437/1/030803438.pdf>
- Cook, C., Schouten, V., Henrickson, M. et McDonald, S. (2017). Ethics, intimacy and sexuality in aged care. *Journal of Advanced Nursing*, 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 PAS LUI. IL FAUT CELUI AVEC SADLO ET CROSS
- Couldrick, L., Sadlo, G. et 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&Rehabilitation*, 17(6), 290-299.
- Esmail, S., Huang, J., Lee, I. et Maruska, T. (2010). Couple's Experiences When Men are Diagnosed with Multiple Sclerosis in the Context of Their Sexual Relationship. *Sexuality & Disability*, 28(1), 15-27. doi:10.1007/s11195-009-9144-x
- Fortin, M. F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Montréal: Chenelière éducation.
- Groupe d'intérêt. (2017). Dans *Wikipédia, l'encyclopédie libre*. Repéré le 10 juillet 2018 à [https://fr.wikipedia.org/wiki/Groupe\\_d%27intérêt](https://fr.wikipedia.org/wiki/Groupe_d%27intérêt)



- Haboubi, N. H. J. et Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability & Rehabilitation*, 25(6), 291.
- Hajjar, R. R. et Kamel, H. K. (2004). Sexuality in the nursing home, part 1: attitudes and barriers to sexual expression. *Journal of the American Medical Directors Association*, 5(2 Suppl), S42-S47.
- Hattjar, B. (2012). *Sexuality and occupational therapy: strategies for persons with disabilities* (1<sup>ère</sup> éd.). AOTA Press.
- Henri, F. et Pudelko, B. (2003). Understanding and analyzing activity and learning in virtual communities. *Journal of Computer - Assisted Learning*. 19(4), 474–487.
- Higson, N. (2017). Enabling Sexuality. Dans Curtin, M., Egan, M. et Adams, J. (Eds), *Occupational Therapy for People Experiencing Illness, Injury or Impairment* (7<sup>e</sup> éd., pp. 443-458). Elsevier.
- Hyland, A. et Mc Grath, M. (2013). Sexuality and occupational therapy in Ireland—A case of ambivalence? *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 35(1), 73-80. doi:10.3109/09638288.2012.688920
- Maslow, H. A. (1997). *Hierarchy of Needs: A Theory of Human Motivation*. New York: Pearson Publication.
- Meltzer, P. J. (2001). Using the self-discovery tapestry to explore occupational careers. *Journal of Occupational Science*, 8(2), 16-24.
- McCabe, M. P. et Taleporos, G. (2003). Sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual behavior among people with physical disability. *Archives of Sexual Behavior*, 32(4), 359-369.
- McClure, L. (2012). Where is the sex in mental health practice? A discussion of sexuality care needs of mental health clients. *Journal of Ethics in Mental Health*, 7, 1-6.
- Mc Grath, M. et Lynch, E. (2014). Occupational therapists perspectives on addressing sexual concerns of older adults in the context of rehabilitation. *Disability & Rehabilitation*, 36(8), 651-657. doi:10.3109/09638288.2013.805823
- Néron, S. (2013). *La perspective des ergothérapeutes sur les défis rencontrés dans leur pratique en adaptation domiciliaire* Essai critique de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières. Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/6896/1/030583943.pdf>.
- Northcott, R. et Chard, G. (2000). Sexual Aspects of Rehabilitation: the Client's Perspective. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(9), 412-418.

- Organisation Mondiale de la Santé. (2015). *Communication brève relative à la santé (CBS)*. Repéré à [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204278/1/9789242549003\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204278/1/9789242549003_fre.pdf)
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L. et Zimmerman, D. (2013). Préciser le domaine primordial d'intérêt : l'occupation comme centralité. Dans E. A. Townsend, & H. J. Polatajko (Eds.), *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2<sup>ed.</sup> version française Noémi Cantin, pp.103-158). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Sakellariou, D. et Algado, S. S. (2006). Sexuality and occupational therapy: exploring the link. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(8), 350-356.
- Schkade, J. K. et Schultz, S. (1992). Occupational adaptation: toward a holistic approach for contemporary practice, Part 1. *American Journal of Occupational therapy*, 46(9), 829- 837.
- Strohschein, F.J. et Newton, L.J. (2018). Sens et motivation dans les soins infirmiers en oncologie auprès des personnes âgées : de la conférence au groupe d'intérêt. *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 28(2), 95-101.
- Tipton-Burton, M. (2013). Sexuality and Physical Dysfunction. Dans McHugh Pendleton, H. et Schultz-Krohn, W. (Eds), *Pedretti's Occupational Therapy: Practice Skills for physical Dysfunction* (7<sup>e</sup> éd., pp. 295-309). Mosby.
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., ... Brown, J. (2013). Habiliter : La compétence primordiale en ergothérapie. Dans E. A. Townsend, & H. J. Polatajko (Eds.), *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2<sup>ed.</sup> version française Noémi Cantin, pp.103-158). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Wenger, E. C. et Snyder, W. M. (2000). Communities of practice: the organizational frontier. *Harvard Business Review*, 78(1), 139-145.
- Whiteford, G., Townsend, E. A., et Hocking, C. (2000). Reflections on a renaissance of occupation. *Revue Canadienne d'ergothérapie*, 67(1), 61-69.
- Wilcock, A. A. (2006). *An occupational perspective on health* (2<sup>e</sup> éd.). Thorofare, NJ : SLACK.
- Yallop, S. et Fitzgerald, M. H. (1997). Exploration of occupational therapists' comfort with client sexuality issues. *Australian Occupational Therapy Journal*, 44(2), 53-61.

**ANNEXE A**  
**GRILLE D'ANALYSE DU CONTENU DES MESSAGES PUBLIÉS SUR LE GROUPE D'INTÉRÊT**

| Stratégies  | Messages                                  |
|---|---|
| <p><b>Adapter</b><br/> Ajuster les occupations en fonction de la personne grâce à une analyse de l'activité. Les occupations deviennent sur mesures pour la personne afin de représenter un défi juste pour celle-ci.</p> | <p>Participant 1</p> <p>Participant X</p> |
| <p><b>Revendiquer</b><br/> Plaidoyer pour la personne auprès des décideurs pour que cette dernière puisse s'engager ou aille accès à des ressources par exemple.</p>  | <p>.....</p> <p>.....</p>                 |
| <p><b>Coacher</b><br/> Guider le client vers un développement occupationnel durable et satisfaisant par un partenariat avec celui-ci. Il y a responsabilisation de celui-ci pour faire des choix le concernant.</p>       | <p>.....</p> <p>.....</p>                 |
| <p><b>Collaborer</b><br/> Partage du pouvoir avec le client impliquant de travailler en équipe avec celui-ci vers une finalité commune.</p>   | <p>.....</p> <p>.....</p>                 |
| <p><b>Consulter</b><br/> Échanger avec le client afin d'obtenir différents points de vue. Rassembler les informations obtenues pour faire des recommandations et donner des conseils à ce dernier.</p>                    | <p>.....</p> <p>.....</p>                 |
| <p><b>Coordonner</b><br/> Arrimer les services, ressources et membres de l'équipe vers une finalité commune. Le but est d'harmoniser et faciliter le processus thérapeutique pour le client.</p>                          | <p>.....</p> <p>.....</p>                 |
| <p><b>Concevoir et réaliser</b><br/> Mettre en œuvre, transformer ou créer pour favoriser l'engagement occupationnel du client. La conception d'une orthèse ou l'adaptation de l'environnement sont des exemples.</p>     | <p>.....</p>                              |

|  |                |
|--|----------------|
|  | .....          |
| <b>Éduquer</b><br>Favoriser l'apprentissage du client de diverses façons entre autres par l'expérience et l'utilisation des occupations.                                 | .....<br>..... |
| <b>Engager</b><br>Mobiliser le client dans l'action entre autres en lui permettant d'exprimer des idées et en prenant des décisions au sujet de processus thérapeutique. | .....<br>..... |
| <b>Exercer l'expertise</b><br>Employer des stratégies, techniques et connaissances de manière à mobiliser et engager le client.  | .....<br>..... |

Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., ... Brown, J. (2013). Habilitier : La compétence primordiale en ergothérapie. Dans E. A. Townsend, & H. J. Polatajko (Eds.), *Habilitier à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2ed. version française Noémi Cantin, pp.103-158). Ottawa: CAOT Publications ACE.

**ANNEXE B**  
**QUESTIONNAIRE ÉLECTRONIQUE**



**Projet**

**« Est-ce que la mise sur pied d'un groupe d'intérêt pour des ergothérapeutes pourrait les soutenir aux fins d'habiliter l'occupation de la sexualité dans leur pratique? »**

**Section 1. Section sociodémographique**

1. Vous êtes :

- Homme
- Femme

2. Votre âge : \_\_\_\_\_

3. Nombre d'années d'expérience (année et mois, si indiqué) : \_\_\_\_\_

4. Travaillez-vous :

- temps plein
- temps partiel (nb. heures/ semaine)

5. Dans quel type de milieu travaillez-vous ?

\_\_\_\_\_

6. Auprès de quel groupe d'âge travaillez-vous ? Cochez la case appropriée.

- Adolescents

Spécifiez l'âge moyen de votre clientèle : \_\_\_\_\_

- Adulte :

Spécifiez l'âge moyen de votre clientèle : \_\_\_\_\_

- Personnes âgées

Spécifiez l'âge moyen de votre clientèle : \_\_\_\_\_

7. Décrivez la clientèle pour laquelle vous avez des préoccupations pour traiter de la sexualité ?

---

---

---

---

## Section 2. Les retombées du groupe de soutien

1. Avez-vous eu la chance d'aborder l'occupation de la sexualité dans votre pratique ?

Cochez la case appropriée.

Oui

Non

2. Je considère important de traiter l'occupation de la sexualité dans le cadre de ma pratique en tant qu'ergothérapeute. Cochez la case appropriée.

Fortement en accord

D'accord

Ni en accord ni en désaccord

Désaccord

Fortement en désaccord

3. Je trouve facile de traiter l'occupation de la sexualité dans ma pratique. Cochez la case appropriée.

Fortement en accord

D'accord

Ni en accord ni en désaccord

Désaccord

Fortement en désaccord

4. Le groupe d'intérêt m'a aidé à traiter l'occupation de la sexualité dans ma pratique. Cochez la case appropriée.

- Fortement en accord
- D'accord
- Plutôt d'accord
- Ni en accord ni en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Désaccord
- Fortement en désaccord

5. Identifiez des éléments qui vont ont été utiles dans le groupe d'intérêt et qui vous aide à aborder et traiter l'occupation de la sexualité dans votre pratique ?

---



---



---



---

6. Identifiez la fréquence et l'utilité des stratégies **d'habilitation aux occupations** auxquelles vous avez eu recours dans votre pratique pour habilitier l'occupation de la sexualité ? Cochez la case appropriée. Les définitions des stratégies se trouvent dans un tableau à la fin du questionnaire au besoin.

#### 6.1 La stratégie « adapter »

|   |  |
|---|--|
| <p>J'utilise la stratégie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Très souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Parfois</li> <li><input type="checkbox"/> Rarement</li> <li><input type="checkbox"/> Jamais</li> </ul> | <p>Je perçois que la stratégie est utile :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fortement en accord</li> <li><input type="checkbox"/> D'accord</li> <li><input type="checkbox"/> Plutôt d'accord</li> <li><input type="checkbox"/> Ni en accord ni en désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Plutôt en désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Fortement en désaccord</li> </ul> |
|---|--|

#### 6.2 La stratégie « revendiquer »

|   |  |
|---|--|
| <p>J'utilise la stratégie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Très souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Parfois</li> <li><input type="checkbox"/> Rarement</li> <li><input type="checkbox"/> Jamais</li> </ul> | <p>Je perçois que la stratégie est utile :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fortement en accord</li> <li><input type="checkbox"/> D'accord</li> <li><input type="checkbox"/> Plutôt d'accord</li> <li><input type="checkbox"/> Ni en accord ni en désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Plutôt en désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Fortement en désaccord</li> </ul> |
|---|--|

### 6.3 La stratégie « coacher »

|   |  |
|---|--|
| <p>J'utilise la stratégie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Très souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Parfois</li> <li><input type="checkbox"/> Rarement</li> <li><input type="checkbox"/> Jamais</li> </ul> | <p>Je perçois que la stratégie est utile :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fortement en accord</li> <li><input type="checkbox"/> D'accord</li> <li><input type="checkbox"/> Plutôt d'accord</li> <li><input type="checkbox"/> Ni en accord ni en désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Plutôt en désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Fortement en désaccord</li> </ul> |
|---|--|

### 6.4 La stratégie « collaborer »

|   |  |
|---|--|
| <p>J'utilise la stratégie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Très souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Parfois</li> <li><input type="checkbox"/> Rarement</li> <li><input type="checkbox"/> Jamais</li> </ul> | <p>Je perçois que la stratégie est utile :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fortement en accord</li> <li><input type="checkbox"/> D'accord</li> <li><input type="checkbox"/> Plutôt d'accord</li> <li><input type="checkbox"/> Ni en accord ni en désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Plutôt en désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Fortement en désaccord</li> </ul> |
|---|--|



## 6.5 La stratégie « consulter »

|   |  |
|---|--|
| <p>J'utilise la stratégie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Très souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Parfois</li> <li><input type="checkbox"/> Rarement</li> <li><input type="checkbox"/> Jamais</li> </ul> | <p>Je perçois que la stratégie est utile :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fortement en accord</li> <li><input type="checkbox"/> D'accord</li> <li><input type="checkbox"/> Plutôt d'accord</li> <li><input type="checkbox"/> Ni en accord ni en désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Plutôt en désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Fortement en désaccord</li> </ul> |
|---|--|

## 6.6 La stratégie « coordonner »

|   |  |
|---|--|
| <p>J'utilise la stratégie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Très souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Parfois</li> <li><input type="checkbox"/> Rarement</li> <li><input type="checkbox"/> Jamais</li> </ul> | <p>Je perçois que la stratégie est utile :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fortement en accord</li> <li><input type="checkbox"/> D'accord</li> <li><input type="checkbox"/> Plutôt d'accord</li> <li><input type="checkbox"/> Ni en accord ni en désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Plutôt en désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Fortement en désaccord</li> </ul> |
|---|--|

## 6.7 La stratégie « concevoir et réaliser »

|   |  |
|---|--|
| <p>J'utilise la stratégie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Très souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Parfois</li> <li><input type="checkbox"/> Rarement</li> <li><input type="checkbox"/> Jamais</li> </ul> | <p>Je perçois que la stratégie est utile :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fortement en accord</li> <li><input type="checkbox"/> D'accord</li> <li><input type="checkbox"/> Plutôt d'accord</li> <li><input type="checkbox"/> Ni en accord ni en désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Plutôt en désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Fortement en désaccord</li> </ul> |
|---|--|

## 6.8 La stratégie « éduquer »

|   |  |
|---|--|
| <p>J'utilise la stratégie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Très souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Parfois</li> <li><input type="checkbox"/> Rarement</li> <li><input type="checkbox"/> Jamais</li> </ul> | <p>Je perçois que la stratégie est utile :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fortement en accord</li> <li><input type="checkbox"/> D'accord</li> <li><input type="checkbox"/> Plutôt d'accord</li> <li><input type="checkbox"/> Ni en accord ni en désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Plutôt en désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Fortement en désaccord</li> </ul> |
|---|--|

## 6.9 La stratégie « engager »

|   |   |
|---|---|
| <p>J'utilise la stratégie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Très souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Parfois</li> <li><input type="checkbox"/> Rarement</li> <li><input type="checkbox"/> Jamais</li> </ul> | <p>Je perçois que la stratégie est utile :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fortement en accord</li> <li><input type="checkbox"/> D'accord</li> <li><input type="checkbox"/> Plutôt d'accord</li> <li><input type="checkbox"/> Ni en accord ni en désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Plutôt en désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Désaccord</li> </ul> |
|---|---|

|  |   |
|--|---|
|  | <input type="checkbox"/> Fortement en désaccord |
|--|---|

#### 6.10 La stratégie « exercer l'expertise »

|   |  |
|---|--|
| <p>J'utilise la stratégie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Très souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Parfois</li> <li><input type="checkbox"/> Rarement</li> <li><input type="checkbox"/> Jamais</li> </ul> | <p>Je perçois que la stratégie est utile :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fortement en accord</li> <li><input type="checkbox"/> D'accord</li> <li><input type="checkbox"/> Plutôt d'accord</li> <li><input type="checkbox"/> Ni en accord ni en désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Plutôt en désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Désaccord</li> <li><input type="checkbox"/> Fortement en désaccord</li> </ul> |
|---|--|

7. Quels éléments demeurent encore difficiles pour vous dans votre travail en lien avec l'habilitation de l'occupation de la sexualité ?

---



---



---



---

8. Commentaires.

---



---



---



---

**Merci de votre participation.**

**ANNEXE C**  
**DESCRIPTIONS DES STRATÉGIES D'HABILITATION AUX OCCUPATIONS**

| Stratégies            | Descriptions   |
|-----------------------|--|
| Adapter               | Ajuster les occupations en fonction de la personne grâce à une analyse de l'activité. Les occupations deviennent sur mesures pour la personne afin de représenter un défi juste pour celle-ci. |
| Revendiquer           | Plaidoyer pour la personne auprès des décideurs pour que cette dernière puisse s'engager ou aille accès à des ressources par exemple.  |
| Coacher               | Guider le client vers un développement occupationnel durable et satisfaisant par un partenariat avec celui-ci. Il y a responsabilisation de celui-ci pour faire des choix le concernant.       |
| Collaborer            | Partage du pouvoir avec le client impliquant de travailler en équipe avec celui-ci vers une finalité commune.  |
| Consulter             | Échanger avec le client afin d'obtenir différents points de vue. Rassembler les informations obtenues pour faire des recommandations et donner des conseils à ce dernier.                      |
| Coordonner            | Arrimer les services, ressources et membres de l'équipe vers une finalité commune. Le but est d'harmoniser et faciliter le processus thérapeutique pour le client.                             |
| Concevoir et réaliser | Mettre en œuvre, transformer ou créer pour favoriser l'engagement occupationnel du client. La conception d'une orthèse ou l'adaptation de l'environnement sont des exemples.                   |
| Éduquer               | Favoriser l'apprentissage du client de diverses façons entre autres par l'expérience et l'utilisation des occupations.   |
| Engager               | Mobiliser le client dans l'action entre autres en lui permettant d'exprimer des idées et en prenant des décisions au sujet de processus thérapeutique.   |
| Exercer l'expertise   | Employer des stratégies, techniques et connaissances de manière à mobiliser et engager le client.  |

Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., ... Brown, J. (2013). Habilitier : La compétence primordiale en ergothérapie. Dans E. A. Townsend, & H. J. Polatajko (Eds.), *Habilitier à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2ed. version française Noémi Cantin, pp.103-158). Ottawa: CAOT Publications ACE.