



Institut de Formation  
En  
Ergothérapie



- TOULOUSE -

## **L'impact de la préhabilitation sur la participation occupationnelle des Adolescent·e·s et Jeunes Adultes en oncologie, a scoping review**

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 S6  
et en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute.

Référent méthodologie et terrain : Virgile PINELLI

Elsa MARTINEAU  
Promotion 2017/2020

## **Engagement et autorisation**

Je soussignée Elsa MARTINEAU, étudiante en troisième année, à l'Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire. 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 ce mémoire. Notamment la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire requiert son autorisation.

Fait à Toulouse.

Le 09 Mai 2020

## **Note au lecteur et à la lectrice**

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale. Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie.

Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boeterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »



## Remerciements

Je souhaite remercier mon référent méthodologie, Monsieur Virgile Pinelli qui m'a accompagnée tout au long de l'écriture de ce mémoire, pour avoir partagé avec moi ses connaissances du terrain et ses conseils méthodologiques.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse pour leur soutien, leur écoute et conseils tout au long de cette année.

Je tiens à remercier mes proches et mes camarades pour leur aide et leurs encouragements durant ces trois années, et plus particulièrement cette dernière année.

## **Note concernant l'écriture inclusive**

L'entièreté de ce travail de recherche a été rédigé en écriture inclusive. La grammaire et la syntaxe ont été adaptées afin d'assurer une égalité des représentation entre les femmes et les hommes. Le point médian a été utilisé afin d'ajouter la marque du féminin dans certains termes. La langue anglaise ne possédant pas de genre pour les noms, j'ai choisi de passer par l'écriture inclusive lors de la traduction des citations afin de respecter la neutralité de la langue d'origine. Les citations provenant de la littérature francophone n'ont pas été transcrites en écriture inclusive, afin de respecter le propos de l'auteur·e.

# Sommaire

<b>I.</b>	<b>Introduction</b>	P.1
	a) Questionnement personnel	P.1
	b) Généralités et épidémiologie	P.1
	c) Le cancer et le modèle CIF, et le cas des AJA	P.2
	d) Ergothérapie	P.3
	e) La préhabilitation	P.4
<b>II.</b>	<b>Méthode</b>	P.6
	a) Description du PICO 1 et 2	P.6
	b) Scoping Review	P.7
	c) Sélection et admissibilité des articles scientifiques	P.10
	d) Enquête complémentaire auprès des Centres de Lutte Contre le Cancer	P.11
<b>III.</b>	<b>Résultats</b>	P.11
	a) Diagramme de flux et nombre d'articles trouvés	P.11
	b) Résultats	P.12
<b>IV.</b>	<b>Discussion</b>	P.19
	a) Manque de données en oncologie et ergothérapie, ergothérapie auprès des AJA, préhabilitation et confrontation avec les recommandations	P.19
	b) L'intérêt particulier d'un accompagnement pour la population AJA	P.22
	c) Questionnaire auprès des professionnel-le-s de santé	P.24
	d) Le Prospective Surveillance Model : un modèle inspirant	P.24
	e) La problématique des financements	P.26
<b>V.</b>	<b>Conclusion</b>	P.27
<b>VI.</b>	<b>Annexes</b>	
<b>VII.</b>	<b>Bibliographie</b>	

# **I. Introduction**

## **a. Questionnement personnel**

Un intervenant dispensant un cours à l'Institut de Formation en Ergothérapie lors de la deuxième année avait abordé le sujet de la pré-habilitation, en appuyant sur l'enjeu de s'y intéresser et de la développer. Le lien avait alors été fait avec l'ergothérapie dans la mesure où cet accompagnement s'intéresse également à l'environnement social et physique de la personne et à ce qu'elle est avant de s'intéresser à ce qu'elle a (ce qui sera fait dans la suite de l'accompagnement médical). L'intervenant avait abordé cet accompagnement dans le cadre de l'oncologie, où des soins de support et de réhabilitation sont déjà mis en place afin de répondre aux besoins de la personne tout au long de la maladie et en association avec les traitements spécifiques contre le cancer. Cette thématique m'a particulièrement intéressée du fait de l'aspect novateur et la complémentarité des programmes de pré-habilitation avec l'accompagnement qui se met ensuite en place avec la personne.

J'ai souhaité choisir une population particulière, afin de comprendre ce que des accompagnements novateurs ou peu connus, tels que la préhabilitation ou l'ergothérapie pouvaient leur apporter, et défendre leur potentielle plus-value et promouvoir leur pratique. Mon choix s'est porté sur la population des Adolescent·e·s et Jeunes Adultes (AJA), qui concerne les individus de 15 à 24 ans. Il m'a tout d'abord semblé essentiel de poser le contexte du cancer, de l'ergothérapie et de la préhabilitation. Les résultats abordant chaque thématique sont ensuite présentés et confrontés dans les parties Résultats et Discussion afin d'évaluer la plus-value et la mise en place de la préhabilitation et de l'ergothérapie en oncologie auprès des AJA.

## **b. Généralités et épidémiologie**

L'adolescence ne semble pas avoir une unique définition, et si l'âge de début de cette période est clairement défini, l'âge de fin dépend du cadre que l'on choisit. On associe le début de l'adolescence au début de la puberté, qui arrive en moyenne à l'âge de 10 ans. L'âge de fin peut dépendre du cadre légal du pays, et correspondre à la majorité. Pour ce travail, nous allons prendre en compte les arguments sociaux et médicaux qui considèrent que le corps continue à murer jusqu'à l'âge de 25 ans environ (Huttenlocher, 1990; Pfefferbaum et al., 1994). C'est ici la fin du développement physique et cognitif, avec l'évolution des zones préfrontales du cerveau qui supervisent le contrôle des émotions et la planification des comportements, qui est pris en compte. Cette population sera dénommée sous le nom d'Adolescent·e·s et Jeunes Adultes ou AJA.

En 2016, on dénombrait en France 7 931 adolescent·e·s et jeunes adultes, correspondant à la tranche d'âge 15-24 ans, ayant été hospitalisé·e·s en lien avec un cancer dans les établissements de médecine, chirurgie et obstétrique (Institut National du Cancer, 2019). À l'échelle mondiale, selon le Global Burden of Disease and Risk Factors, « Le cancer est la principale cause de mortalité liée à la maladie chez les AJA, entraînant environ 134 000 décès chaque année » [traduction libre] (Mathers et al., 2006). Les cancers les plus répandus chez cette population sont les hémopathies (lymphome, leucémie...), les sarcomes, les atteintes de la thyroïde, des os, les tumeurs des cellules germinales ou du système nerveux central (APHP, 2015; Groupe Onco hématologie Adolescents et Jeunes Adultes, 2019).

Selon le rapport Vican 2, qui dresse un état des lieux national des conditions de vie deux ans après le diagnostic de cancer, les symptômes après les traitements varient en fonction de la localisation, du genre et du sexe de la personne. L'influence des déterminants sociaux au niveau professionnel et financier se retrouve majoritairement chez les femmes, pour les hommes, ce sont des facteurs liés à la gravité de la maladie et/ou aux traitements du cancer (INCa, 2014).

Des progrès sont cependant réalisés en matière de traitement, selon l'Institut National du Cancer, entre 73 et 82 % des AJA atteints d'un cancer survivront désormais jusqu'à cinq ans après le diagnostic (Institut National du Cancer, 2019).

### **c. Le cancer et le modèle CIE, et le cas des AJA**

La maladie, ainsi que les traitements qui y sont associés dans une certaine mesure, entraînent des symptômes qui ne sont pas spécifiques à la population des AJA. Les symptômes et leurs conséquences seront détaillés dans la partie Résultats de cet écrit.

La dégradation de la Qualité de Vie liée à la Santé chez les AJA atteint·e·s d'un cancer est plus importante que chez la population générale, quel que soit le type de cancer (INCa, 2014; Silver et al., 2013; Smith, Bellizi, et al., 2013). Peuvent être mis en cause des facteurs contextuels avec lesquels la maladie peut être difficile à concilier, de précarité sociale, enjeux éducatifs, professionnels ou encore relationnels par exemple (INCa, 2014).

Le cancer impacte la construction narcissique nécessaire à cette période de la vie, de par les douleurs, la fatigue ou encore la perte de cheveux (Dao, 2011; Méar, 2010). L'AJA malade devra donc « passer par ce processus de développement tout en faisant face à l'impact émotionnel du diagnostic, à la thérapie du cancer et aux effets tardifs de la maladie et de son traitement sur le plan émotionnel, social et physique » [traduction libre] (Evan & Zeltzer, 2006).

L'état de complet bien-être physique, mental et social, correspondant à la santé telle que décrite par l'OMS en 1946, est donc affecté dans chacun de ses domaines durant un cancer (OMS, 1946). La Qualité de Vie liée à la Santé est directement liée à cet état de complet bien-être.

Selon le modèle de la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) (Annexe 1), les fonctions organiques et structures anatomiques, les activités que la personne réalise et son niveau de participation sont impactées à la fois par le cancer ainsi que par les facteurs environnementaux et personnels, ou contextuels (OMS, 2001). Les limitations d'activité et restrictions de participation sont d'autant plus fortes chez les AJA (Smith, Bellizi, et al., 2013; Smith, Parsons, et al., 2013).

#### **d. Ergothérapie**

##### **1) La pratique de l'ergothérapie**

L'ergothérapie considère les capacités physiques et psychosociales dans le milieu et le contexte de vie de la personne afin d'optimiser ses capacités fonctionnelles, et en définitive son autonomie (Sleight & Duker, 2016). À travers l'activité, l'ergothérapeute va évaluer et travailler des capacités ciblées afin de maintenir et améliorer la qualité de vie d'une personne, son autonomie et son engagement dans l'occupation (Soum Pouyalet et al., 2018). La personne est vue de manière holistique afin de mieux comprendre les difficultés auxquelles elle fait face et de construire avec elle un accompagnement le plus adapté possible, les stratégies ainsi mises en place sont d'autant plus efficaces sur le long terme (Silver & Gilchrist, 2011; Sleight & Duker, 2016).

Selon L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes, l'objectif de la profession est de « maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société » (ANFE, 2019).

##### **2) L'ergothérapie et oncologie**

« Les occupations d'une personne sont étroitement liées à sa qualité de vie et au sens donné à son existence » (Soum-Pouyalet et al., 2018). En oncologie, afin de lutter contre la détresse physique et psychique, un intérêt tout particulier de l'ergothérapie est ciblé les occupations significatives de la personne et l'optimisation de sa qualité de vie. Le·la professionnel·le de la santé va adapter le positionnement, utiliser de la rééducation motrice, des aides au déplacement ou encore un

aménagement du poste de travail afin de « favoriser la participation sociale et occupationnelle » (Soum-Pouyalet et al., 2018). Il·elle va également être impliqué·e dans l'accompagnement des difficultés psychosociales et physique des personnes atteintes par le cancer, tout comme les psychologues et travailleur·euse·s social·e·s et autres professionnel·le·s de la rééducation (Sleight & Duker, 2016).

De par son accompagnement global de la personne, l'ergothérapie « est particulièrement adaptée dans le contexte plurifactoriel de l'expérience du cancer » (Soum-Pouyalet et al., 2018). Si l'ergothérapie n'est pas citée directement dans le Plan Cancer 2014-2019, elle correspond à ses objectifs de diagnostic individualisé et de développement d'une médecine personnalisée (Soum-Pouyalet et al., 2018).

## **e. La préhabilitation**

### 1) Le concept

Le terme de préhabilitation est apparu en 1940 aux États-Unis dans un tout autre domaine que celui de la santé, il caractérisait alors une technique utilisée par l'armée pour maintenir la performance des soldats avant les combats, en programmant du sport ainsi qu'une nutrition adaptée (Falandry & Collange, 2019). De nos jours, il s'agit de programmes de préparation physique, nutritionnelle, psychologique, sociale et familiale utilisée par les domaines du médical et paramédical et se basant sur une « préparation structurée et coordonnée en préopératoire, qui permet de fournir aux personnes un soutien et accompagnement psychologique et physiologique avant le stress chirurgical » [traduction libre] (Barlow et al., 2018; Ranque Garnier, 2016). La préhabilitation prend en compte les effets secondaires et symptômes potentiels, elle a pour but de préparer la personne à son traitement et/ou à sa chirurgie, en opérant à un reconditionnement global, physique, mental ou encore social (Barlow et al., 2018).

Ce processus s'intègre dans le processus du continuum de soins et comprend des évaluations physiques et psychologiques afin d'établir le niveau fonctionnel de base et d'identifier les déficiences. En prenant en compte l'après-traitement, il s'inscrit dans la prévention et limitation des déficiences futures pouvant affecter la personne. Il est ponctué de réévaluations afin d'ajuster l'accompagnement et d'en optimiser l'efficacité, il se veut holistique et interdisciplinaire (Falandry & Collange, 2019; Ranque Garnier, 2016).

## 2) La Préhabilitation en oncologie

Les conséquences de la maladie interviennent dès son début, le diagnostic ne venant que faire prendre conscience de la présence de la pathologie. Les soins de support et la réhabilitation permettent d'ores et déjà de gérer les problématiques qui pourraient survenir au moment des traitements et par la suite, lors de rémissions du cancer notamment. Ces soins de support, la préhabilitation ainsi que d'autres soins médicaux et paramédicaux qui peuvent être proposés en amont du traitement et/ou de la chirurgie, reposent sur le fait que « les efforts produits en réadaptation peuvent atténuer les déficiences physiques (et cognitives) à tous les stades du traitement » [traduction libre] (Silver et al., 2013).

Une étude de Barlow sur la préhabilitation montre en effet que les personnes atteintes de cancer ont une plus grande probabilité de besoins de soins primaires dans la période pré-traitements que le reste de la population. Cette période, située entre le diagnostic et le début des traitements et/ou de la chirurgie a une durée médiane de 29 jours (Barlow et al., 2018).

Cet accompagnement permet une diminution de la fatigue, des douleurs, du stress, une augmentation de la masse musculaire, des capacités cardio-respiratoires, de la qualité du sommeil, des fonctions vésico-sphinctériennes et de manière plus générale une amélioration de l'image et de la confiance en soi, la personne voyant sa qualité de vie s'améliorer malgré sa maladie (Falandry & Collange, 2019; Ranque Garnier, 2016).

L'équipe de pré-habilitation implique les professionnel·le·s de santé qui interviennent déjà en oncologie : des kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les infirmier·e·s, les nutritionnistes ou encore des médecins rééducateurs entre autres. La durée conseillée d'un programme de préhabilitation est de 4 à 8 semaines, la période pouvant varier selon le type de cancer (Silver et al., 2013).

La question de recherche qui a été formulée comporte plusieurs parties, définissant l'intervention ciblée, son critère d'analyse et la population. Elle s'intéresse à l'impact de l'accompagnement global de la préhabilitation en oncologie, dans le laps de temps particulier défini entre le diagnostic et le début des traitements, sur la participation occupationnelle des AJA, sans critère d'exclusion au niveau du genre ou du type de cancer.

**En quoi une approche centrée sur l'occupation, auprès des AJA en oncologie, peut-elle donner un axe au programme de préhabilitation ?**

## II. Méthode

### a. Description du PICO 1 et 2

A la fin de la seconde année, les recherches et lectures ont permis d'élaborer un premier PICO, cette méthode permet de construire une problématique ou une question de départ.

Au P de Population, correspondait les Adolescent·e·s et Jeunes Adultes diagnostiqué·e·s d'un cancer. Il n'y avait encore pas assez de données pour préciser le genre, le sexe et la pathologie.

Le I d'Intervention correspondait aux programmes de préhabilitation, anglophones et francophones, il restait à déterminer, selon la fréquence de cette configuration, si un·e ergothérapeute devait faire partie de l'équipe de soins de ce programme.

Le C de Comparaison correspondait à l'orientation post diagnostic vers un programme de préhabilitation ou non.

Et enfin, le O d'Outcome renvoyait à l'étude de l'intérêt de ce dispositif ainsi qu'à la réalisation d'un état des lieux de cet accompagnement.

Ce PICO a été la première structure de l'état des lieux sur la préhabilitation en oncologie auprès des AJA réalisé dans ce travail. Il visait notamment à recenser les programmes existants et les analyser selon le critère « présence d'un·e ergothérapeute ou non ».

Ce PICO a permis de poser diverses questions pouvant orienter la recherche, notamment la difficulté à trouver des données sur la préhabilitation, cette difficulté augmentant avec l'ajout des critères « francophone » et « auprès des AJA ». Ce qui amenait à se questionner quant aux critères de recherche et à leur précision dans un premier temps. Le rôle de l'orientation post diagnostic envers les accompagnements méconnus, de la préhabilitation et de l'ergothérapie, et l'intérêt porté à l'individu dans son environnement au cours des soins, afin d'expliquer le peu de résultats relatifs à l'ergothérapie, ont aussi fait partie des questionnements.

Dans la mesure où l'accompagnement qui est proposé à une personne peut être influencé par le modèle de soins qui est utilisé (Silver et al., 2013), cette question devait également être approfondie, quant à l'existence de modèles personne-centrée développés en oncologie, et pouvant répondre aux besoins non satisfaits par le modèle biomédical majoritairement employé aujourd'hui (Sleight & Duker, 2016; Stout et al., 2012). Au niveau de la mise en place de programmes de pré-habilitation, le lien avec l'accompagnement global semblait pouvoir être approfondi, afin d'intégrer cette démarche précoce dans la démarche de soins déjà existante pour un suivi holistique à partir du diagnostic.

Une question de fond s'articulait autour de ces questionnements, s'interrogeant sur l'intérêt pour les personnes diagnostiquées d'un cancer à suivre un programme de réhabilitation.

Afin de faire un état des lieux qui correspondrait davantage à la pratique actuelle, à savoir la faible présence des ergothérapeutes dans les programmes de réhabilitation, un second PICO a été réalisé. Pour pallier l'absence des ergothérapeutes dans la plupart des programmes, l'Intervention est désormais ciblée sur l'intérêt porté au quotidien et à l'environnement physique et social de chaque patient·e, donc à l'approche occupationnelle. La Comparaison est plus précise et utilise les résultats au niveau de la participation occupationnelle comme grille de lecture pour confronter les données des bénéficiaires de la réhabilitation avec celles des patient·e·s qui n'y ont pas participé.

La Population ciblée est désormais celle des AJA, de 15 à 24 ans ayant été diagnostiqué·e·s d'un cancer. Aucun critère d'exclusion n'a été établi sur le genre et le sexe ; ni sur le type de cancer, puisque tous sont susceptibles d'impacter la performance occupationnelle que l'on veut évaluer. L'Intervention vise les programmes de pré-habilitation ayant une approche occupationnelle, du fait de leur accompagnement ou modèle utilisé.

La Comparaison se concentre sur ce qui est majoritairement proposé actuellement, soit l'absence de programme de pré-habilitation, du point de vue de la participation occupationnelle et l'impact sur celle-ci.

Enfin, l'Outcome définit l'issue clinique et la pratique recherchée, soit ici la démonstration de l'intérêt de cette démarche dans le but de la développer.

## **b. Scoping Review**

D'après les recherches effectuées sur le sujet de la réhabilitation, il semble que la majorité des programmes de réhabilitation français concernent la gériatrie, les programmes anglophones semblent concerner une population plus large, mais cet accompagnement en reste à ses débuts. La méthode de la Scoping Review, ou « étude de portée » va permettre de faire un état des lieux du sujet, selon des critères établis, afin de se rendre compte de l'étendue de la recherche.

La méthodologie suivie pour l'élaboration des recherches et de cet écrit est inspirée du Guide de Peters sur l'écriture de revues systématiques et de scoping review. Ces recommandations ont été élaborées par des membres de l'Institut Joanna Briggs et de ses centres collaborateurs (Peters et al., 2015).

Ce guide apporte des lignes directrices par rapport à la forme de la scoping review, au niveau du cadre, contexte, population principale, axe de recherche, critères d'inclusion, méthodologie de

recherche et l'extraction et présentation des résultats.

Le cadre, le contexte et la population ont été présentés dans l'introduction de cet écrit. Le cadre se caractérise par les définitions importantes et la présentation des connaissances existante dans le domaine de la préhabilitation, de l'ergothérapie. La présentation de la population s'est faite à partir des données épidémiologiques et présentation de l'accompagnement des AJA avec la prise en compte de leurs problématiques spécifiques. Le contexte décrit les liens entre le cadre général de l'oncologie et les interventions, l'accompagnement des AJA, l'ergothérapie et la préhabilitation. La question de recherche a permis de poser le principal axe ou concept examiné dans la scoping review et de guider les recherches.

L'établissement des deux PICO a permis de synthétiser ces premières étapes et de spécifier les critères d'inclusions des articles, par rapport à la population et le type d'intervention recherché.

La méthodologie de recherche suit la méthode en 3 étapes recommandée par l'Institut Joanna Briggs pour les revues systématiques. Premièrement une recherche initiale a été faite dans les bases de données sélectionnées en fonction de leur domaine de recherche, Cochrane, CAIRN, mais aussi OT Seeker et NICE pour des bases de données spécifiques à l'ergothérapie, PubMed et CISMef qui sont spécifiques à la santé, ainsi que Oncomip et l'Institut National du Cancer INCa qui sont des bases de données relatives à l'oncologie. Le site de l'Université de Sherbrooke au Canada et celui de l'ANFE ont permis de trouver de la littérature grise se rapportant au sujet ou s'en rapprochant. Les premiers mots clefs utilisés pour ce premier état des lieux étaient des termes généraux relatif au sujet « préhabilitation », « qualité de vie », « adolescent », « jeunes adultes » et « ergothérapie ». La pertinence de ces termes a été vérifiée avec le portail HeTOP développé par CISMef et ils ont été utilisés en tant que MeSH (Medical Subject Heading) dans la base de données PubMed pour créer une veille documentaire. Selon les recommandations, cette première recherche doit être limitée à des bases de données pertinentes et une analyse doit être faite des termes utilisés dans le titre, le résumé et l'index des articles trouvés (Peters et al., 2015). Ces termes ont été relevés en fonction de leur récurrence puis utilisés dans les bases de données citées précédemment pour la seconde étape de recherche selon les recommandations. Ces mots clefs sont décrits ci-dessous selon le domaine qu'ils concernent.

### 1) Préhabilitation

Afin de recenser et étudier les programmes de préhabilitation, le mot clef « préhabilitation » a été associé à « étude de cohorte », « pratique fondée sur des preuves », « programme » pour recueillir des données sur cet accompagnement en général. Le mot clef « modèle » a été utilisé

avec « préhabilitation », pour trouver des grilles de lecture du soin médical et paramédical qui s'intéressent à un accompagnement pré-opératoire ou pré-traitement.

Les mots clefs « occupation » et « ergothérapie » ont été indépendamment recherchés avec « préhabilitation » pour connaître la place que peut avoir l'ergothérapie dans cet accompagnement pré-traitement et plus largement de l'intérêt qui est porté aux occupations par l'équipe de soins ainsi que les potentiels besoins non satisfaits des personnes dans ce domaine.

## 2) Ergothérapie en oncologie

Des modèles de soins ont également été recherchés afin de comprendre ce qui se fait en ergothérapie en oncologie et quelles sont les recommandations. Pour cela, étaient davantage recherchés des modèles mentionnant l'ergothérapie ou citant son exemple dans les interventions à mettre en place, centrés sur la qualité de vie de la personne, ses occupations ou encore son environnement social et physique, par le moyen de mots clefs tels que « résultats psychosociaux », « Qualité de Vie liée à la Santé », « occupation », « environnement social/physique » associés à « cancer », « oncologie ».

Aussi, les mots clefs relatifs aux domaines utilisés par l'ergothérapie ont été associés à « survivant du cancer » afin d'analyser les besoins non satisfaits de cette population qui pourraient montrer qu'un tel accompagnement est nécessaire en amont.

La place de l'ergothérapie a aussi été recherchée au sein des soins de support, avec les mots clefs suivants : « besoin en soins de support », « réhabilitation », « réadaptation » et « ergothérapie ».

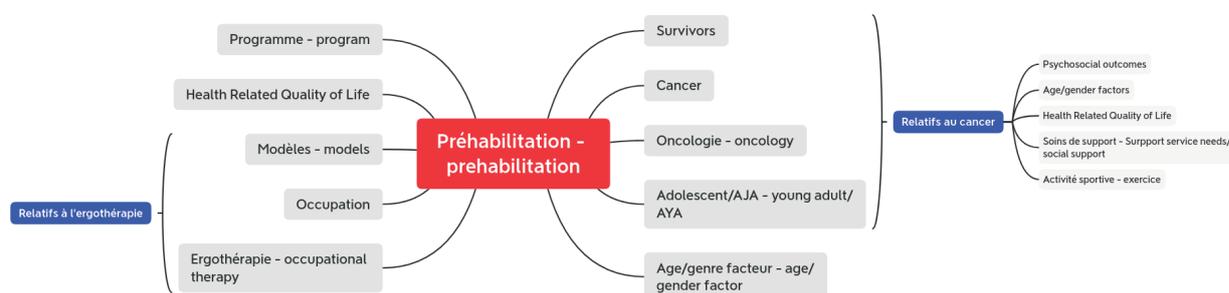
## 3) Ergothérapie et AJA

Les recherches sur la pratique de l'ergothérapie auprès des AJA ont été faites à partir des mots clefs « Adolescent », « Jeune adulte », « AJA », « facteur âge » associés à « ergothérapie », « occupation », « modèle » et « Qualité de Vie Liée à la Santé ». Le mot clef « besoin non satisfait » a aussi été recherché avec les termes relatifs à la population afin de déterminer si des articles qui ne citeraient pas l'ergothérapie feraient mention de besoins appartenant à son champ d'action.

## 4) Ergothérapie et préhabilitation

Afin de trouver des données sur ce qui est mis en place en ergothérapie en préhabilitation ou ce qui pourrait être mis en place à partir des recommandations des articles, les mots clefs « ergothérapie », « occupation », « participation », « résultats psychosociaux », « Qualité de Vie Liée à la Santé » associés à « préhabilitation » ont été recherchés.

La classification des mots-clefs les plus utilisés selon le domaine qu'ils concernent est illustrée dans le schéma ci-dessous.



### **c. Sélection et admissibilité des articles scientifiques**

Selon la troisième étape de recherche des recommandations de Peters, la sélection des articles s'est faite à partir de critères spécifiques et déterminés à l'avance (Peters et al., 2015). Une première sélection a été faite à partir du titre et du résumé, selon les critères de Population, d'Intervention du second PICO. Les mots clefs devaient être présents dans le titre ou l'abstract pour que l'écrit soit sélectionné. Les articles devaient être rédigés en anglais ou en français, avoir été publiés après 2010. L'admissibilité des articles s'est faite sur l'analyse du texte intégral dans un second temps. Les documents répondant aux critères ont été répertoriés dans le logiciel Zotero et triés selon leur sujet, la préhabilitation, ceux qui évoquent le soin en oncologie, l'approche ergothérapique ou encore s'intéressant à la population des AJA. Dans Zotero, chaque article utilisé est annoté d'un « marqueur », permettant de les organiser et de visualiser rapidement leurs thèmes clefs (Annexe 2). Ils sont au nombre de huit : « Occupational Therapy », « Adolescent », « Prehabilitation », « psychosocial outcomes », « age factors », « health related quality of life (HRQoL) » et « Young Adult » et « Needs ».

Ces recherches ont permis d'établir des fiches de lecture ainsi que des biographies, quelques auteurs et autrices se sont ainsi révélés être à l'origine ou ayant collaboré à un ou plusieurs articles particulièrement pertinents pour les recherches. Pour les domaines de l'ergothérapie ainsi que de l'oncologie : A. Sleight, L. Stein, J. Silver et C. Berg ; des spécialistes de la préhabilitation : F. Carli, et pour le domaine de l'oncogériatrie, C. Falandry ; de l'oncologie : A. Smith, C. Berg, L.Méar et K. Oeffinger.

Afin de schématiser le tri des articles, le diagramme de flux PRISMA a été utilisé (Moher et al., 2009) selon les recommandations du Guide de Peters (Peters et al., 2015) (annexe 3). Il représente les articles repérés dans les bases de données ainsi que les articles obtenus par d'autres sources ainsi que de proche en proche.

#### **d. Enquête complémentaire auprès des Centres de Lutte Contre le Cancer**

Dans le cadre du mémoire, les Centres de Lutte Contre le Cancer français (CLCC) ont été contactés par mail le 25 novembre 2019 puis une relance a été effectuée le 6 mars 2020 auprès des Centres n'ayant pas répondu, afin de savoir si un programme de préhabilitation est proposé dans leur structure, si un.e ergothérapeute exerce au sein de leur Centre et si ce ou cette dernière intervient dans le programme de préhabilitation.

### **III. Résultats**

#### **a. Flow chart et nombre d'articles trouvés**

À partir des recherches faites avec les mots clefs cités ci-dessus, 33 articles ont été repérés dans les bases de données, principalement PubMed, CISMef, Cairn, American Journal of Occupational Therapy et Wiley Online Library. 20 autres articles ont été repérés en explorant de proche en proche les références des premiers articles trouvés. Ces 53 articles ont été sélectionnés sur titre, puis 40 l'ont été à partir de l'abstract. À partir de la sélection sur le texte intégral, 16 articles correspondaient aux critères définis par le PICO et concernaient directement l'ergothérapie, et/ou la préhabilitation, les AJA, la Qualité de Vie liée à la Santé, les besoins non satisfaits. Ces 16 articles ont permis d'écrire la partie Résultats de ce travail, les autres articles ont également été utilisés afin d'introduire le sujet ainsi que justifier la méthodologie.

33 articles de la bibliographie sont en anglais, sur les 52 qu'elle contient. Les autres sont en français. Bien que l'anglais soit la langue prédominante dans le monde, nous pouvons tout de même remarquer que 19 articles de la bibliographie sont en français, cela met en avant l'intérêt de la recherche francophone pour l'oncologie et les innovations thérapeutiques, ce qui est notamment visible par les Plans Cancer mis en place en oncologie depuis 2003.

## **b. Résultats**

### 1) Préhabilitation

Falandry analyse la capacité fonctionnelle de la personne en fonction du temps, en comparant la préhabilitation à une prise en charge conventionnelle et à une réhabilitation précoce. Cette mesure est visible sur la figure X. Avec l'accompagnement en préhabilitation, le patient·e a une évolution de ses capacités fonctionnelles globalement semblable aux autres accompagnements, avec une diminution à partir de l'intervention, puis une lente évolution à partir du temps de réhabilitation précoce. La préhabilitation permettant d'optimiser l'état de santé du patient·e avant l'intervention, il est et reste supérieur tout au long de l'accompagnement aux taux des patient·e·s ayant bénéficié des autres programmes. La perte de capacité fonctionnelle post-chirurgie est moins intense pour les patient·e·s ayant bénéficié de la préhabilitation, et l'optimisation de leur santé leur permet d'aborder l'intervention avec une capacité supérieure par rapport aux autres programmes. À la fin de la période de récupération à distance, la capacité fonctionnelle mesurée pour la préhabilitation atteint un niveau supérieur à la capacité initiale, contrairement aux résultats de la réhabilitation précoce et de la prise en charge conventionnelle. Sur toute la durée des soins, la préhabilitation est le seul accompagnement à permettre une capacité fonctionnelle supérieure au niveau minimal (Falandry C., 2017).

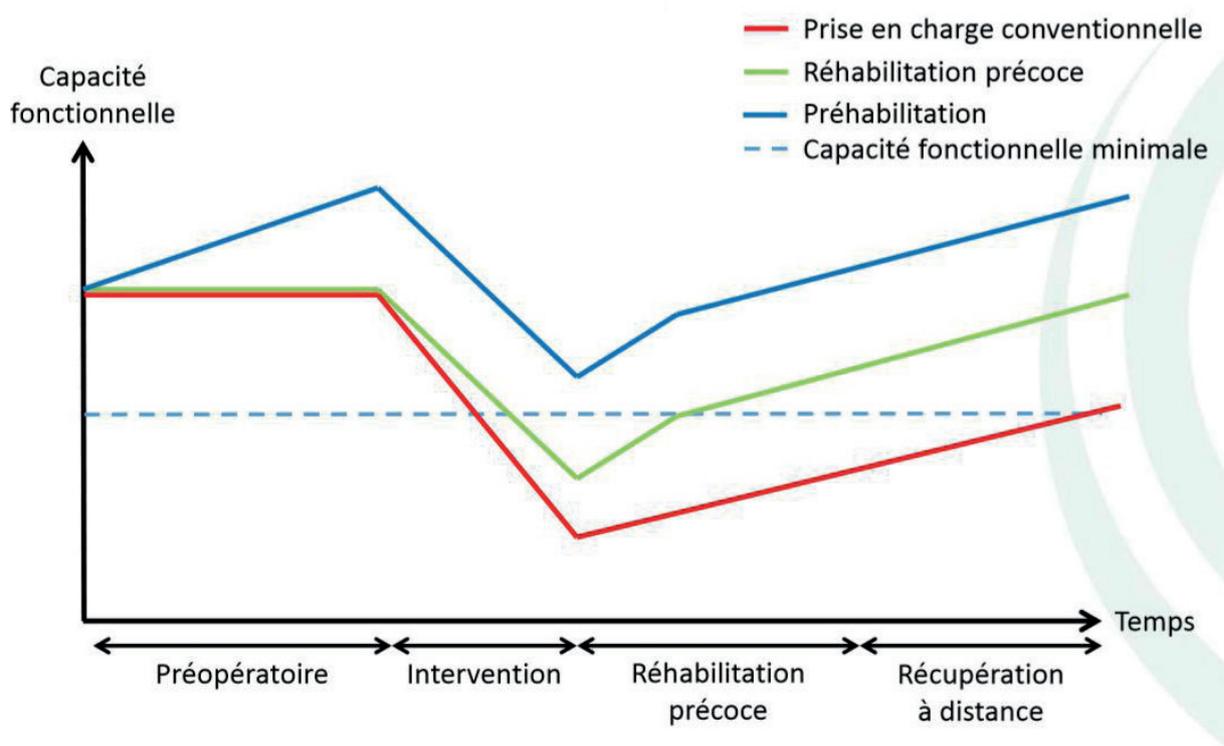


Schéma comparant la préhabilitation aux autres accompagnements conventionnels (Falandry C., 2017)

L'optimisation des soins primaires en oncologie mise en place par Barlow et son équipe dans le cadre de leur étude sur la préhabilitation a mis en avant d'importants avantages en lien avec la santé des personnes, grâce à une détection précoce des déficiences et l'accompagnement réalisé en matière de nutrition, d'exercice et de mode de vie (Barlow et al., 2018). Selon Carli, il y a également un impact positif de la préhabilitation sur la capacité fonctionnelle postopératoire et retour aux activités quotidiennes (Carli et al., 2017).

L'étude de Ranque-Garnier s'est penchée sur 14 programmes de préhabilitation existants en oncologie et remarque, tout en soulignant que cette approche est encore en pleine évolution et nécessite des approfondissements, des nombreuses évolutions des capacités des participant·e·s. Elle relève en pré-opératoire différents bénéfices qui peuvent être apportés par l'accompagnement précoce ; tels que l'amélioration des fonctions cardio-respiratoires, diminution des troubles thyroïdiens, mise en évidence du lien entre la qualité de vie et les capacités fonctionnelles. L'impact des programmes a aussi été évalué en post-opératoire avec, selon les programmes, une meilleure récupération fonctionnelle et diminution de la douleur, augmentation des fonctions cardio-respiratoires, meilleure qualité de vie, diminution du risque de morbidité et de mortalité, diminution de la durée de séjour et des complications, amélioration des fonctions vésico-sphinctériennes et thyroïdiennes et une amélioration du bilan immunologique. Aussi, une diminution de l'anxiété globale et du coût de prise en charge a été relevé dans certains programmes (Ranque Garnier, 2016).

Chaque activité proposée au sein du programme doit définir ses caractéristiques (la fréquence, l'intensité, le type et le temps ou la durée de l'activité) et les faire évoluer pour faire face à l'habitué à l'effort, tout en tenant compte des souhaits de la personne. Les modalités des exercices peuvent être construites et adaptées avec des échelles de mesure de l'amélioration de la condition physique, telle que l'échelle de Borg (Annexe 4) qui permet à la personne d'indiquer son niveau d'effort perçu en réponse à l'exercice (Borg, 1982; Carli et al., 2017). En oncologie, au-delà de la diminution de la sarcopénie, l'activité physique permet d'améliorer l'image corporelle de soi, la qualité du sommeil, et de diminuer entre autres les syndromes dépressifs, la prise de psychotropes et morphiniques (Duijt et al., 2011). L'activité physique adaptée est recommandée en oncologie dès le début de la maladie afin de prévenir le déconditionnement physique observé après le diagnostic. On sait que le déconditionnement est facteur de mauvais pronostic et provoque « une fatigue invalidante, une diminution de la qualité de vie et une intolérance à l'exercice » (INSERM, 2019).

Les recherches sont encore en cours afin de déterminer la configuration des programmes de pré-habilitation, afin que les objectifs soient atteints et que cela s'inscrive au mieux dans le

continuum de soins oncologiques. « Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre le rôle de la préhabilitation dans le traitement des patients nouvellement diagnostiqués » [traduction libre] (Silver et al., 2013)

Les études doivent intégrer tous les accompagnements proposés en préhabilitation, pas uniquement pour l'exercice physique, mais aussi les interventions s'intéressant au mode de vie, à la nutrition, la psychologie (Barlow et al., 2018).

## 2) Ergothérapie en oncologie

Les éventuels effets secondaires causés par le cancer et/ou par les traitements peuvent être des troubles de la communication, douleurs, fatigue, douleurs articulaires et osseuses, difficultés de reproduction et de fertilité, anxiété, dépression, syndrome de stress post-traumatique, problèmes de mémoire et d'attention et des difficultés comportementales chez les plus jeunes (American Cancer Society, 2020). Ces limitations peuvent restreindre la capacité à « participer aux activités quotidiennes, notamment les soins personnels, les tâches ménagères, les activités sociales, l'emploi et l'éducation » [traduction libre] (Berg & Hayashi, 2013). L'ergothérapeute fait le lien entre les activités et la santé et intervient quand une personne a des difficultés à réaliser pleinement ses activités signifiantes et significatives, il s'agit donc de ses champs d'action.

En oncologie, les ergothérapeutes peuvent être impliqués dans l'accompagnement des difficultés psychosociales et physique des personnes atteintes par le cancer, tout comme les psychologues et travailleurs ou travailleuses sociaux et autres professionnels de la rééducation (Silver & Gilchrist, 2011; Sleight & Duker, 2016). Ils-elles peuvent évaluer les capacités fonctionnelles telles que la force et les amplitudes de mouvements, ou les difficultés de la personne, qui peuvent être motrices, « liées aux fractures osseuses, lymphoedème, essoufflement, fatigue, douleur et déficits cognitifs et perceptuels » [traduction libre] (Silver & Gilchrist, 2011; Sleight & Duker, 2016). L'ergothérapeute se sert ainsi des ressources et limitations afin d'analyser leurs conséquences sur les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) des personnes. Les problématiques de gestion de l'anxiété et du stress, qui sont deux besoins non satisfaits très répandus chez les personnes atteintes de cancer, peuvent également être prises en charge par les ergothérapeutes, notamment au moyen de thérapies cognitivo-comportementales et de stratégies d'auto-gestion (Sleight & Duker, 2016).

Le champ d'application de l'ergothérapie en oncologie semble encore assez restreint, l'influence d'articles datés de plusieurs décennies qui considèrent que l'ergothérapie a en oncologie un intérêt limité semble encore importante. Joue aussi l'influence des modèles biomédicaux

utilisés par les professionnel·le·s de santé et majoritairement les médecins qui permettent de par leur prescription l'intervention en ergothérapie. La plupart des modèles actuels mettent l'accent sur le traitement de la maladie et des rémissions, sans prendre en compte les « déficits fonctionnels, ce qui entraîne une prépondérance de problèmes fonctionnels non traités et non soignés » [traduction libre] (Silver & Gilchrist, 2011; Sleight & Duker, 2016). D'autres causes sont montrées du doigt par la littérature, le système de remboursement (aux États-Unis par exemple), les écarts entre la recherche et l'éducation, les facteurs culturels et les enjeux venant de l'interdisciplinarité (Silver et al., 2013; Sleight & Duker, 2016).

### 3) Ergothérapie et AJA

« Si la qualité de vie mesurée deux ans après un diagnostic de cancer dépend beaucoup des traitements reçus et des séquelles perçues, au-delà des indicateurs médicaux et d'état de santé, les principaux déterminants d'une qualité de vie physique ou mentale dégradée renvoient à des situations de précarité sociale (faibles revenus, chômage...) » (INCa, 2014). L'étude de Vican 2 montre que ce sont les plus jeunes, les moins diplômé·e·s, les personnes sans emplois et aux revenus les plus faibles sont les populations les plus touchées par une diminution de leur santé physique dans le cadre de la maladie. Des expériences de rejet et de discrimination directement liée au cancer amplifient le risque d'avoir une qualité de vie mentale et physique dégradée après les traitements, et sont davantage perçues par les plus jeunes et les femmes (INCa, 2014).

Cette qualité de vie plus faible a un impact sur la participation des AJA au quotidien, la littérature scientifique sur les AJA ayant été touché·e·s par le cancer montrent que « les traitements ont un fort impact négatif sur le travail et la scolarité », ces conséquences sont encore plus fortes chez les 15-17 ans que chez les 18 à 25 ans (Berg & Hayashi, 2013; Nagarajan et al., 2003; Smith, Bellizi, et al., 2013).

La réadaptation en ergothérapie fait partie, avec les soins de santé mentale et les AVQ, des besoins non-satisfaits relevés par les AJA qui ont eu un diagnostic de cancer 6 à 14 mois auparavant (Sleight & Duker, 2016).

Auprès des AJA, l'ergothérapeute peut intervenir en milieu scolaire et au domicile, avec des adaptations organisationnelles afin de diminuer la fatigue et améliorer la concentration. Il·elle peut accompagner l'AJA dans tous les domaines de sa vie, en évaluant les rôles, analysant l'activité et soutenant les compétences qui facilitent l'intégration socio-professionnelle (Gangl et al., 2011).

L'ergothérapeute peut travailler dès le début de la maladie avec l'AJA sur des compétences d'autogestion, et apporter des « changements dans les domaines de la cognition, du comportement et de la gestion des émotions difficiles afin de maintenir la qualité de vie » [traduction libre] (Sleight & Duker, 2016).

Après avoir déterminé les objectifs fonctionnels et les activités significatives pour les interventions, l'ergothérapeute va travailler à l'optimisation de la participation aux occupations des AJA, telles que l'école, le travail et les loisirs, qui aura une « influence positive importante, sur la santé, le bien-être et la qualité de vie subjective » [traduction libre] (Hsin-Yen & Berg, 2013). L'approche centrée sur la personne facilite la participation, elle est possible par l'utilisation d'évaluations subjectives de l'engagement des personnes dans les occupations (Hsin-Yen & Berg, 2013).

« L'ergothérapeute peut sensibiliser l'AJA et son entourage au parcours de soin, aux effets secondaires et mettre en place des adaptations et des stratégies pour optimiser son autonomie le plus précocement possible » [traduction libre] (Oeffinger et al., 2004). Ce type d'accompagnement auprès de cette population est particulièrement important, afin de pallier leur engagement dans les soins sur le long terme qui peut être déficitaire (Berg & Hayashi, 2013).

L'ergothérapie communautaire peut accompagner les AJA atteint d'un cancer ou qui en ont été atteint dans une implication sur le long terme sur leur santé, avec une sensibilisation et favorisation d'un mode de vie sain, dans les cliniques de suivi du cancer et les organismes communautaires. Cet accompagnement favoriserait la transition d'un milieu médical et structuré à un milieu de vie qui demande indépendance et autonomie avec les exigences de la vie d'adulte (Berg & Hayashi, 2013).

L'amélioration du suivi des AJA faisait partie en 2016 des recommandations du ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits de femmes. Les recommandations du Plan Cancer 2014 -2019 français sont de privilégier la prévention et la prise en soins la plus précoce possible en prenant en compte tous les facteurs qui peuvent influencer sur la qualité de vie de la personne, tels que ses besoins physiques, psychiques, sociaux, financiers, ou encore environnementaux (gouvernement français, 2019).

La présence de l'ergothérapeute auprès des AJA semble peu systématique, mais les recommandations de la littérature scientifique vont en ce sens, en demandant un développement des accompagnements de réinsertion, réhabilitation de la personne, avec une prise en charge davantage holistique des AJA. (Berg & Hayashi, 2013; gouvernement français, 2019; Hsin-Yen & Berg, 2013; Sleight & Duker, 2016).

#### 4) Ergothérapie et préhabilitation

« Un programme de préhabilitation commence généralement par une évaluation initiale afin d'identifier les éventuelles déficiences post-diagnostic, mais aussi prétraitement. Si elles existent, il faut alors envisager des interventions appropriées, qui peuvent inclure l'orientation vers des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes ou des orthophonistes. Si les déficiences ne sont pas identifiées, l'objectif est alors de prévenir ou de limiter les déficiences futures, en se concentrant notamment sur celles qui pourraient survenir lors d'un prochain traitement du cancer » [traduction libre] (Silver et al., 2013). Selon Carli, il y a un impact positif de la préhabilitation sur la capacité fonctionnelle postopératoire et retour aux activités quotidiennes (Carli et al., 2017).

L'étude de Silver sur la réadaptation en oncologie analyse un programme de préhabilitation comprenant un accompagnement ergothérapeutique, les objectifs de ce programme sont notamment d'« améliorer l'équilibre, réduire le risque de chutes ; Réduire l'anxiété et améliorer l'adaptation à des stratégies cognitivo-comportementales spécifiques ; Commencer les exercices de déglutition préopératoires pour améliorer les résultats de la déglutition ; Mettre en œuvre des stratégies de sécurité à domicile pour éviter les chutes ; Faciliter le retour au travail à l'aide d'équipements adaptés » [traduction libre] (Silver et al., 2013). L'ergothérapeute va pouvoir intervenir sur chacune de ces problématiques, en appliquant ses compétences de réadaptation, de réhabilitation psycho-sociale et d'aménagement de l'environnement. Il·elle pourra également intervenir en supplément du·de la diététicien·ne au niveau des troubles de la déglutition en proposant des aides techniques et un positionnement facilitant.

La recherche de modèles ayant une autre approche que biomédicale a permis de trouver l'Impairment Driver Model et le Prospective Surveillance Model. Ces modèles sont complémentaires et proposent un dépistage des limitations fonctionnelles dès le début des soins afin de maximiser la qualité de vie (Silver et al., 2013; Stout et al., 2012). Ils suggèrent un « rôle élargi pour les services de réadaptation tels que l'ergothérapie, depuis le diagnostic et la préhabilitation jusqu'au traitement adjuvant et à la survie » [traduction libre] (Sleight & Duker, 2016)

L'Impairment Driven Cancer Rehab Model ou Modèle de Réhabilitation du Cancer basé sur la Déficience inclut « le dépistage et le traitement des déficiences tout au long du continuum de soins afin de minimiser l'incapacité et d'optimiser la qualité de vie » [traduction libre] (Sleight & Duker, 2016). Dans la mesure où les conséquences du cancer sont entre autres physiques et psychologiques, ce modèle insiste sur la mise en place simultanée du dépistage et du traitement des déficiences psychologiques et physique. Son application est détaillée par la présentation de stratégies communes

à toute l'équipe de soins, on y retrouve un besoin de récupération des capacités fonctionnelles du membre supérieur, une évaluation du domicile dans le but d'améliorer la sécurité de l'environnement ou encore d'évaluer et améliorer la capacité à exécuter des tâches essentielles afin d'améliorer la réinsertion professionnelle en aval. Autant de domaines qui appartiennent au champ de compétences de l'ergothérapeute.

Le Prospective Surveillance Model a été créé pour les survivantes du cancer du sein, et permet l'identification des déficiences, du niveau d'activité et fonctionnel avant les traitements et met en place de stratégies pour les problématiques de fatigue, douleurs ou encore de performance et vise une meilleure orientation des femmes vers les professionnel·le·s de réadaptation, il se présente comme un complément aux soins de réadaptation axés sur la maladie. Il s'intègre dans l'accompagnement multidisciplinaire existant et promeut l'identification et la gestion des déficiences dès le diagnostic, permettant de réduire le temps d'orientation vers les professionnel·e·s spécialisé·e·s et de mettre en place rapidement l'accompagnement adapté. Aussi, il met en avant et cherche à développer les compétences et les comportements favorisant la santé, afin d'entraîner les personnes à reconnaître et agir sur leurs symptômes (Stout et al., 2012). La littérature scientifique encourage ce modèle à se développer, il manque encore des données sur ses avantages financiers, mais le rapport coût-efficacité avantageux de la réadaptation oncologique qui a été démontré dans l'étude de Macioch et Hermanowski semble prometteuse (Macioch & Hermanowski, 2011; Stout et al., 2012).

##### 5) Enquête complémentaire auprès des CLCC

Sur les 21 mails envoyé, 12 réponses ont été reçues. Il existe 2 programmes de préhabilitation, à Nantes et à Lille. Les autres Centres ayant répondu ne possèdent pas de programmes de ce type, ni de poste d'ergothérapeute.

Le programme de préhabilitation en oncologie à Lille se fait auprès des patient·e·s vulnérables déconditionné·e·s et dénutri·e·s qui doivent bénéficier d'une chirurgie carcinologique. Un médecin rééducateur évalue les capacités de la personne et définit le programme de rééducation physique qui se déroulera en hospitalisation dans un centre spécialisé ou en externe, soit dans un hôpital de jour en rééducation ou avec une inscription à un programme avec un éducateur sportif. Il y a également une prise en charge nutritionnelle et si besoin, un avis de psychologue ou de psychiatre, d'onco-gériatre et d'assistante sociale, facilitant ainsi la prise en charge holistique et la préparation à l'intervention. Il n'y a pas de poste d'ergothérapeute au sein du CLCC, mais il en existe un dans le centre spécialisé vers lequel les patient·e·s bénéficiant du programme de préhabilitation sont redirigé·e·s.

Nous n'avons pas reçu d'informations détaillées concernant le programme réalisé à Nantes.

## **IV. Discussion**

### **a) Manque de données en oncologie et ergothérapie, ergothérapie auprès des AJA, préhabilitation et confrontation avec les recommandations**

Les recherches ont mis en avant le manque de données au sein de la littérature scientifique concernant la préhabilitation, l'accompagnement de l'ergothérapeute en oncologie, mais aussi et surtout l'intervention en ergothérapie auprès de la population des AJA. L'analyse des articles sélectionnés a montré que cela peut-être dû aux besoins spécifiques des AJA face à des structures qui ne sont pas spécialisées ainsi qu'à l'influence importante des modèles biomédicaux qui ne favorisent pas la pratique de l'ergothérapie en se focalisant sur les déficiences liées à la maladie et/ou aux traitements. L'état des lieux réalisé a permis de comparer les besoins mentionnés dans les écrits, avec la littérature scientifique dédiée à chacun de ces trois domaines et les recommandations établies.

#### **1) La situation de l'ergothérapie en oncologie et de l'ergothérapie auprès des AJA, confrontée aux recommandations**

##### ***Oncologie et AJA***

Le dernier Plan Cancer 2014-2019 axe ses recommandations sur la prise en charge spécifique des AJA et notamment le déploiement de dispositifs régionaux autour de l'amélioration de la collaboration entre les secteurs enfants et adultes dans le Grand Est, l'évaluation des besoins en soins de support en Bretagne, ainsi que le renforcement en Nouvelle-Aquitaine notamment de l'accompagnement dans les domaines de la psychologie, du social, financier, professionnel ou encore de l'activité physique. Ce rapport insiste sur les spécificités de cette tranche d'âge soumise à l'incidence des cancers de la pédiatrie et de l'adulte et nécessitant des protocoles de soins dédiés, dès le diagnostic notamment où la collaboration des oncologues pédiatres et adultes est demandée. Ce dispositif a été mis en place depuis 2017 en Occitanie, Hauts de France et dans les départements français de l'Océan Indien. Au sein des centres ayant une importante activité en cancérologie, le Plan Cancer préconise la création d'unités dédiées aux AJA pour optimiser leur accompagnement et qui participeraient à la structuration d'un réseau d'oncogénétique pédiatrique (Plan cancer 2014-2019)

##### ***Oncologie et ergothérapie***

Nombre d'articles et d'études adoptent un intérêt poussé quant à la qualité de vie liée à la santé, il s'agit souvent d'un critère dans les échelles de mesures du soin proposées au patient ou utilisées pour évaluer la pratique (Clinton-Mcharg et al., 2010; Duitj et al., 2011; INCa, 2014;

Oeffinger et al., 2004; Smith, Bellizi, et al., 2013; Smith, Parsons, et al., 2013; Zebrack et al., 2009). L'importante étude Vican 2 a analysé la qualité de vie des survivant·e·s du cancer 2 ans après leurs soins, permettant de connaître l'impact de la pratique actuelle en oncologie sur le quotidien des ancien·ne·s patient·e·s et d'établir certaines recommandations. Les échelles de mesure de la Qualité de Vie liée à la Santé sont très présentes en oncologie et évaluent une partie des domaines également ciblés par l'ergothérapeute. Elles évaluent le quotidien des personnes, l'accès à leurs occupations significatives et à leur environnement ou mettre en avant les symptômes et troubles impactant le quotidien. Ce type d'intervention fait partie du champ d'action de l'ergothérapeute, il·elle va s'intéresser au quotidien de la personne pour mesurer l'impact de la déficience.

Actuellement, les recommandations demandent un développement des interventions d'ergothérapie en oncologie sur les fonctions physiques et psychosociales et des données probantes de son efficacité afin de mieux la promouvoir. C'est le cas de la National Comprehensive Cancer Network concernant la gestion de l'anxiété par les patient·e·s (Sleight & Duker, 2016). Le rôle de l'ergothérapie dans les soins de soutien est à mettre en avant, concernant la réadaptation biomécanique et l'accès aux AVQ, mais aussi à développer pour répondre aux besoins psychosociaux, d'autogestion ou encore d'ergothérapie communautaire. Ces compétences sont à promouvoir auprès des personnes le plus tôt possible afin qu'elles mentionnent les besoins non satisfaits et puissent être orientées vers les services adéquats (Sleight & Duker, 2016).

Selon Soum-Pouyalet, l'ergothérapie s'inscrit dans une « logique de continuité de parcours de vie et de la trajectoire de soin, elle intéresse le lieu de vie du patient autant que le séjour en hospitalisation. En ce sens, elle est une réponse aux problématiques qu'impose la figure émergente du « patient itinérant » et s'inscrit dans la logique de transversalité du soin prôné par le Plan cancer » (Soum-Pouyalet, F. et al. 2018).

Lorsqu'il fait partie d'une équipe de soins de support, l'ergothérapeute établit ainsi un lien entre les espaces de soin. Il contribue en cela de manière bien spécifique à l'objectif de « mettre en place, dès l'annonce et tout au long de la prise en charge, une détection systématique des besoins en soins de support et d'accompagnement » (Gouvernement français, 2019; Soum-Pouyalet et al., 2018).

L'American Occupational Therapy Association désigne l'oncologie comme l'un des principaux pôles émergents en ergothérapie. En mettant en avant des bénéfices au niveau de « la participation aux AVQ, de l'indépendance et de la qualité de vie, par le moyen d'accompagnement de rétablissement de la fonction, de compensation et d'adaptation de l'environnement » [traduction libre] (AOTA

2015 ; Silver & Gilchrist, 2011).

La littérature scientifique promeut également un « enseignement spécialisé concernant les besoins des patient·e·s en oncologie dans le cadre de leur cursus professionnel » [traduction libre] (Berg et al., 2008).

### ***Ergothérapie et AJA***

Auprès des AJA, l'ergothérapeute peut réaliser un accompagnement précoce et holistique, afin que les capacités fonctionnelles, psychosociales et d'autogestion soient optimisées. Il·elle peut faire face à un enjeu de réinsertion, réadaptation et réhabilitation dans l'environnement social, éducatif et éventuellement professionnel. Grâce à des bilans validés auprès de cette population et en oncologie, l'ergothérapeute peut évaluer les besoins fonctionnels, physiques et psychosociaux nécessaires à un fonctionnement quotidien en autonomie et indépendance. Le·la patient·e pourra identifier lui·elle-même les éventuels obstacles qui pourraient limiter sa participation dans les AVQ. On peut citer la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO), la SF-12 qui est utilisée pour mesurer la qualité de vie physique et mentale (INCa, 2014), la PedsQLTM 4.0 qui mesure le fonctionnement physique et psychosocial (Berg et al., 2015) ou encore l'Adolescent and Young Adult Activity Card Sort (ACS version AJA) (Berg & Hayashi, 2013). Ces bilans sont déjà utilisés auprès de cette population en oncologie ainsi qu'en ergothérapie dans différents secteurs d'activité. Ils permettent de lancer la recherche autour de l'inclusion de l'ergothérapie dans l'accompagnement des AJA en oncologie, en créant une réflexion autour des échelles de mesure utilisées en oncologie et les instruments utilisés par les ergothérapeutes qui abordent les mêmes problématiques.

Selon une étude menée auprès des AJA atteints par le cancer, la recherche scientifique future devrait tenir compte de l'impact important que la masso-kinésithérapie et l'ergothérapie peuvent avoir sur divers résultats de santé chez les AJA (Smith, Parsons, et al., 2013).

### **2) Préhabilitation en oncologie, avec OT, et auprès des AJA et confrontation aux recommandations**

La préhabilitation permet, notamment auprès des AJA, de mettre en place une continuité avec le post traitement, au sein de la clinique ainsi que dans le milieu écologique de la personne. Avec un accompagnement précoce et holistique efficace, les capacités fonctionnelles sont optimisées à la sortie des soins, permettant ainsi une meilleure réinsertion sociale, scolaire et professionnelle. Ce type de programme permet une « diminution des complications, réduction de la durée du séjour hospitalier, une amélioration de la qualité de vie, une meilleure survie » [traduction libre] (Barlow et al., 2018). L'ergothérapeute peut travailler dès le début de la maladie, durant la préhabilitation, avec l'AJA sur des compétences d'autogestion, afin d'apporter des « changements

dans les domaines de la cognition, du comportement et de la gestion des émotions difficiles afin de maintenir la qualité de vie » [traduction libre] (Sleight & Duker, 2016).

Les programmes anglophones sont assez développés et à l'heure actuelle surtout portés sur l'onco-gériatrie pour ce qui est de l'oncologie. De nombreux programmes sont cependant en phase de recherche, afin de trouver un protocole qui corresponde aux exigences de la population et des soins oncologiques. Si de plus grands bienfaits ont été trouvés lorsque le programme est inclus dans la démarche de soins globale, certains écrits recommandent tout de même que des études randomisées à grande échelle soient menées afin de concrétiser et tester ce que la théorie affirme déjà, la pré-habilitation améliore la santé globale de la personne. L'état des lieux de la pré-habilitation en est donc à la recherche et la promotion de cette démarche afin de convaincre le milieu médical de sa plus-value (Faithfull et al., 2019).

Avec ce qui est connu actuellement de la préhabilitation, on remarque que cette accompagnement répond à certaines problématiques citées par les recommandations, notamment le besoin d'anticipation et de prévention des déficiences liés à la maladie et/ou aux traitements ainsi que l'inscription de chaque accompagnement dans le parcours de soin global pour favoriser la multidisciplinarité et l'efficacité des soins sur le long terme.

La poursuite de l'accompagnement à la suite de la prise en charge oncologique a vocation à se développer selon les diverses recommandations, le ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits de femmes en 2016 espérait ainsi une amélioration du suivi des AJA. Les recommandations du Plan Cancer 2014-2019 français sont de privilégier la prévention et la prise en soins la plus précoce possible en prenant en compte tous les facteurs qui peuvent influencer sur la qualité de vie de la personne, tels que ses besoins physiques, psychiques, sociaux, financiers, ou encore environnementaux (Gouvernement français, 2019). Le rôle de l'ergothérapie n'est pas cité, mais il semble important de défendre son intérêt et sa plus-value dans le domaine de la préhabilitation comme dans celui de l'oncologie.

### **b) L'intérêt particulier d'un accompagnement pour la population AJA**

Les AJA touché·e·s par le cancer sont en pleine période de construction de soi, d'apprentissages et de changements physiques, psychiques et relationnels auxquels ils·elles doivent faire face en même temps que l'annonce d'un diagnostic lourd et de séquelles invalidantes. Voyant l'impact lourd du cancer sur son quotidien, l'AJA risque de traverser une adolescence atypique, dite « blanche », où les étapes de changements internes ont lieu en silence et avec un certain

détachement, cette période peut alors être associée à un syndrome dépressif (Dao, 2011).

« Le dépistage systématique de la détresse psychologique et physique devrait alors constituer une première étape de l'évaluation des besoins biopsychosociaux des personnes sous traitement hospitalier pour cancer » [traduction libre] (Omran et al., 2012). Par la suite, les AJA doivent être accompagné·e·s durant leurs soins en oncologie durant cette période de vie transitionnelle, afin d'améliorer leur qualité de vie et les capacités fonctionnelles (Smith, Parsons, et al., 2013).

Dans certaines études auprès des AJA touché·e·s par le cancer et mesurant leurs besoins non satisfaits, il y a une corrélation entre le besoin évoqué d'accompagnement en ergothérapie et thérapie physique et un fonctionnement déficitaire dans tous les domaines de la santé à savoir la santé physique, mentale, le fonctionnement émotionnel, social, scolaire ou professionnel (Smith et al., 2013).

Actuellement, les stratégies les plus mises en place par cette population pour faire face aux effets provoqués par le cancer et/ou les traitements sont le repos, l'activité physique, des loisirs tranquilles, et le soutien famille/ami·e·s. En opposition, il a été relevé que cette population fait moins appel aux cliniques de suivi sur le long terme du cancer, aux professionnel·le·s de la santé, aux survivant·e·s et ressources communautaires (Berg & Hayashi, 2013). L'accompagnement en ergothérapie dès le diagnostic peut permettre d'assurer une participation optimale à ces stratégies par le travail des capacités fonctionnelles, psychosociales et d'autogestion.

« "L'après" maladie, dans le suivi au long cours de ces (jeunes) adultes souvent porteurs de séquelles psychiques et physiques, doit se penser dès le début des traitements » (Méar, 2010). Il y a donc une exigence d'anticipation qui se concilie avec le réel besoin pour le·la patient·e d'être informé·e le plus précocément possible quant aux traitements et les potentielles déficiences physiques liées à sa maladie (Stout et al., 2012).

Pour cette population, spécifiquement, les domaines d'activités (activité de la vie quotidienne avec les soins personnels, tâches ménagères, activités sociales, emploi et éducation) impactés par les limitations fonctionnelles sont d'autant plus importants et centraux puisqu'ils participent à leur construction en tant qu'individus.

La préhabilitation peut être l'occasion d'apporter des connaissances précoces sur les structures d'aide après les traitements. Ce type d'accompagnement auprès de cette population est particulièrement important, afin de pallier leur engagement qui peut être déficitaire dans les soins sur le long terme.(Berg & Hayashi, 2013).

« L'annonce du cancer peut induire de la part des parents une forme de « ré-infantilisation » qui témoigne du désarroi de l'entourage plus qu'elle ne reconforte le malade. Un soin particulier doit donc être apporté à la consultation d'annonce et à l'accompagnement psychologique et

social du patient et de son entourage » (Gouvernement français, 2019). Cette recommandation du Plan Cancer 2014-20191 montre l'importance de rechercher à optimiser l'autonomie des AJA le plus précocement possible.

### **c) Questionnaire auprès des professionnel·le·s de santé**

Afin de connaître quel est l'intérêt actuel des professionnel·le·s de santé travaillant en oncologie sur la préhabilitation. Un questionnaire pouvant être diffusé au sein des services de soins médicaux et paramédicaux a été réalisé et se trouve en annexe de ce mémoire (Annexe 5).

La première partie permet de recueillir des données démographiques par rapport à la profession exercée par le·la participant·e, sa spécialité, puis le nombre d'années d'exercice.

Dans une seconde partie, on interroge les participant·e·s sur la préhabilitation, si ils ou elles connaissent et s'il y aurait un intérêt de proposer un tel programme à des patient·e·s en oncologie.

La seconde question est semi-dirigée et permet de développer leur réponse, si ils·elles trouvent un intérêt à la préhabilitation et de choisir avec laquelle ou lesquelles des raisons ils·elles sont d'accord : « Meilleure qualité de vie », « Anticipation des problèmes », « Diminution de la durée de séjour », « Amélioration de la survie », « Diminution des effets secondaires » et un champ libre pour d'autres réponses.

Une dernière partie concerne les AJA et interroge les participant·e·s sur l'existence de besoins spécifiques à prendre en compte dans l'accompagnement (qu'ils soient relatifs à leur santé, environnement social et/ou physique etc.) de cette population en oncologie. La dernière question interroge également sur l'intérêt à la préhabilitation auprès de cette population.

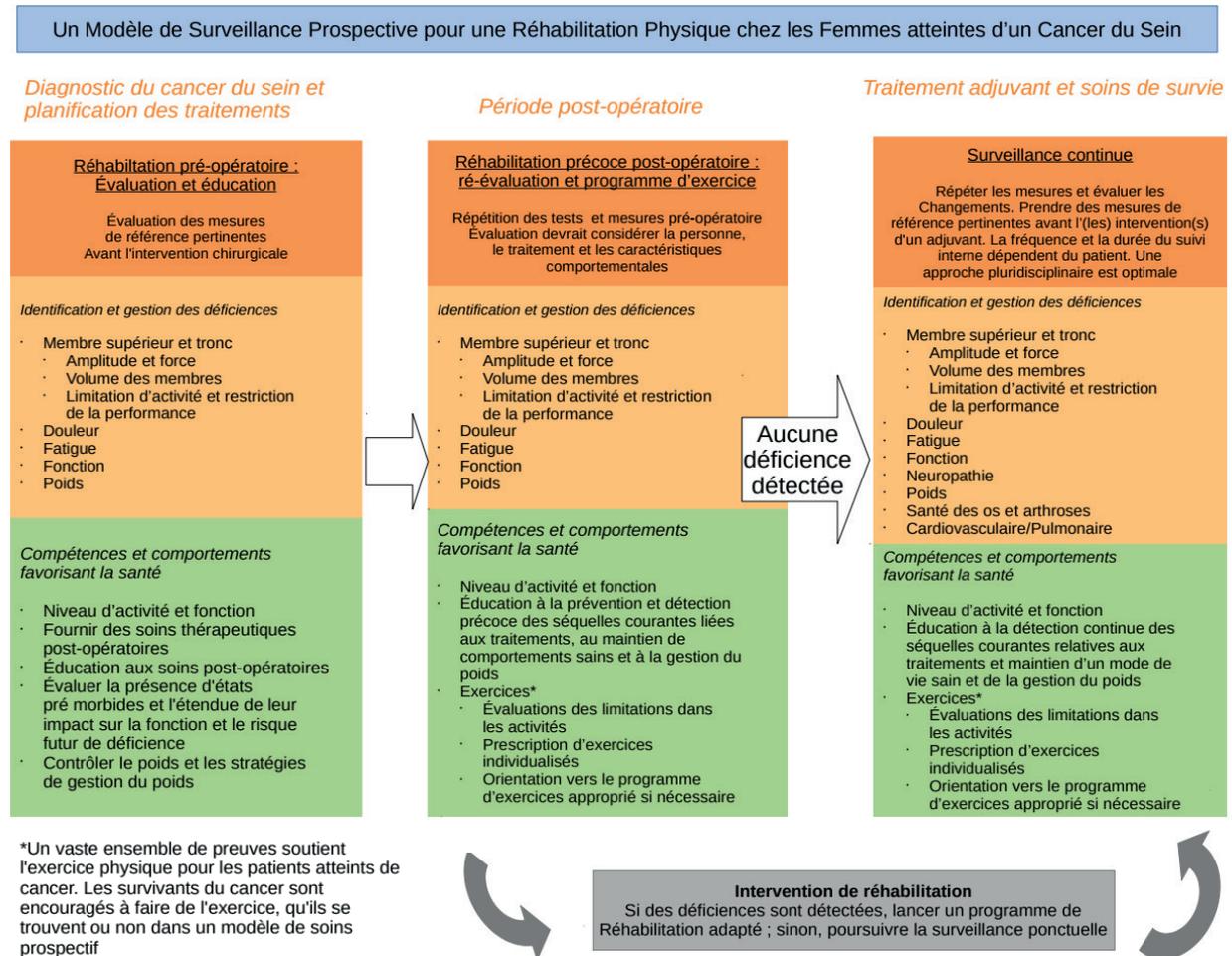
Pour ce questionnaire, des échelles de Likert sur 6 points ont été utilisées, avec les items « pas du tout d'accord », « pas d'accord », « indifférent », « d'accord », et « tout à fait d'accord ».

### **d. Le Prospective Surveillance Model : un modèle inspirant**

L'influence des modèles sur le soin a été démontrée, ils permettent de suivre une certaine ligne directrice dans les soins à partir du diagnostic et impactent l'orientation des patient·e·s vers tel ou telle professionnel·le (Silver et al., 2013).

Le Prospective Surveillance Model entre autres a été étudié dans ce mémoire et présente une approche compatible avec la préhabilitation. Il ne promeut pas en tant que tel un programme de préhabilitation puisqu'il s'intéresse surtout à la période per et post traitement, mais son schéma

explicatif présent ci-dessous semble néanmoins intéressant puisque la phase de réhabilitation pré-opératoire est incluse dans son approche globale.



Le Modèle de Surveillance Prospective pour une réhabilitation physique chez les femmes atteintes d'un cancer du sein [traduction libre] (Stout et al., 2012)

Lors de la première visite en pré-opératoire, les déficiences, l'anamnèse ainsi que les habitudes d'exercices sont évaluées afin de personnaliser l'accompagnement. Il y a également un travail d'information et de conseils au niveau des soins, de la réadaptation et rééducation per et post-opératoire ainsi que de l'éducation à l'auto-surveillance des déficiences se basant sur des données probantes. Ce modèle permettrait une meilleure concertation et harmonisation dans les pratiques, de part une détection la plus précoce et précise possible des déficiences. En pratique, le temps d'orientation vers les professionnel·le·s spécialisé·e·s est réduit et l'accompagnement ainsi plus rapidement mis en place par rapport à un modèle traditionnel basé sur la déficience, sur le long terme, cela pourrait réduire la morbidité à court et à long terme. Ce modèle tente de répondre à la demande des patient·e·s, à savoir le retour aux activités de la vie quotidienne significantes et significatives qui est souvent limité par les déficiences résultantes de la maladie ou des traitements.

Les objectifs de ce modèle semblent compatibles avec les approches de préhabilitation et d'ergothérapie et permettent quelques pistes de réflexion. Telles que la promotion de la surveillance des déficiences liées à la maladie en pré-traitement en se basant sur les déficiences courantes dans le cadre de la pathologie concernée, grâce à l'éducation et un accompagnement pluridisciplinaire de la personne. L'introduction des interventions de réadaptation et d'exercice physique au sein des programmes de préhabilitation lorsque des déficiences physiques sont identifiées. La promotion de l'activité physique, l'exercice et les comportements d'auto soins pour chaque déficience détectée dans le cadre du traitement et de la survie.

Ce modèle pourrait être appliqué auprès de patient·e·s atteint·e·s de tout type de cancer et non seulement du cancer du sein comme à l'origine de ce modèle. La première partie concernant la « réhabilitation pré-opératoire : évaluation et éducation » pourrait être développée et comprendre des interventions complètes en activité physique, d'ergothérapie, nutritionnelle et psychologiques notamment.

#### **e. La problématique des financements**

D'un point de vue médico économique, la littérature scientifique étudiée pour ce mémoire demande davantage de données sur les avantages économiques de l'approche en préhabilitation. Les programmes en sont aujourd'hui à la définition de leur contenu ainsi qu'à la mise en place, il ne semble pas y avoir assez de recul pour évaluer l'aspect financier. Des données quantifiables au niveau de la récupération chirurgicale ainsi que de la durée de séjour permettraient de connaître l'impact sur la prise en charge postopératoire et d'avoir une idée de la rentabilité de l'approche (Barlow et al., 2018).

Au niveau de la pratique de l'ergothérapie, « les médecins citent le manque de couverture d'assurance et le coût élevé comme des obstacles majeurs à la fourniture et à l'orientation vers des services de soins psychosociaux de soutien axés sur la fonction » tels que l'ergothérapie [traduction libre] (Sleight & Duker, 2016). Les interventions en ergothérapie dépendent en partie du système de santé du pays en question.

Au Canada, l'assurance-maladie est financée par les fonds publics et met l'accent sur l'accessibilité des services de santé en fonction des besoins médicaux. Les ergothérapeutes travaillant dans des milieux financés par les fonds publics jouissent d'une grande autonomie professionnelle en ce qui a trait à l'utilisation de modèles théoriques en ergothérapie et de l'approche client (Jongbloed & Wendland, 2002).

Aux États-Unis, il n'y a aucun système d'assurance maladie universel, complet et financé par les fonds publics. La compagnie d'assurance définit la portée de la pratique de l'ergothérapie en déterminant quels services seront couverts puis elles analysent l'efficacité des interventions en ergothérapie (Fafard, 2013; Jongbloed & Wendland, 2002). Certains dispositifs existent, mais ne concernent qu'une partie de la population, les personnes âgées et/ou en situation d'incapacité, avec le système Medicare et les personnes et foyers à faibles revenus avec le système Medicaid. Le système des assurances privées privé finance 50 % des soins (Department of Health and Human Services, 2020).

En France, il existe un modèle de protection sociale basé sur une complémentarité des secteurs publics et privés, il est obligatoire et universel. Les séances d'ergothérapie sont remboursées si elles sont réalisées dans le cadre d'un hôpital public ou d'une hospitalisation à domicile. Il y a une prise en charge totale ou partielle par la Sécurité Sociale, qui peut être complétée sur demande à la mutuelle. (LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie, 2004) Cependant, des études sur le médico-économique mettent en avant les bienfaits de ces accompagnements en citant l'ergothérapie comme un « élément essentiel de tout effort multidisciplinaire visant à améliorer la fonction » [traduction libre] (Silver et al., 2013). L'existence de recommandations en ce sens dans la littérature scientifique participera peut-être à changer le système de soins et de remboursement qui semble à l'heure actuelle, un obstacle à la pratique de l'ergothérapie.

## **V. Conclusion**

Le cancer touche tous les domaines de la vie, quel que soit son type et la population qu'il touche, en impactant la santé, il diminue également la participation occupationnelle de chacun·e et modifie ses relations aux autres. Pour les AJA touché·e·s par la maladie, on observe un bouleversement de domaines en plein développement et déterminants à cet âge, tels que l'environnement social les domaines éducatifs ou professionnels. Le bouleversement peut être plus profond et toucher leur construction en tant qu'individu, de par notamment les changements physiques liés aux symptômes, mais aussi les changements plus internes. La maladie empêchant d'accéder aux étapes de l'adolescence, le risque de traverser une adolescence dite « blanche » et de développer un syndrome dépressif est alors amplifié. Il y a un besoin d'accompagnement médical et paramédical dès le début de la maladie, auquel tente de répondre le concept de préhabilitation avec son approche précoce et holistique d'optimisation de la santé.

La question de recherche guidant ce travail était la suivante :

**En quoi une approche centrée sur l'occupation, auprès des AJA en oncologie, peut-elle donner un axe au programme de réhabilitation ?**

L'activité physique a prouvé ses bienfaits dès le début de la maladie afin de prévenir le déconditionnement physique, elle peut être utilisée au sein du programme de réhabilitation sous la forme d'activités de la vie quotidienne qui sont significatives pour les patient·e·s.

L'optimisation des capacités et la diminution des troubles liés à la maladie et/ou aux traitements des patient·e·s en pré-opératoire permet une meilleure récupération par la suite selon certain·e·s auteur·ice·s et ainsi un retour plus rapide à leurs activités de la vie quotidienne. La majeure partie de la littérature scientifique étudiée dans ce travail fait état de recommandations en faveur d'une approche davantage centrée sur la personne et son mode de vie. L'ergothérapie semble ainsi pouvoir répondre à cette problématique. Son accompagnement des déficiences fonctionnelles, mais aussi des difficultés psychosociales de la personne correspond à cette approche holistique qui est privilégiée par la littérature.

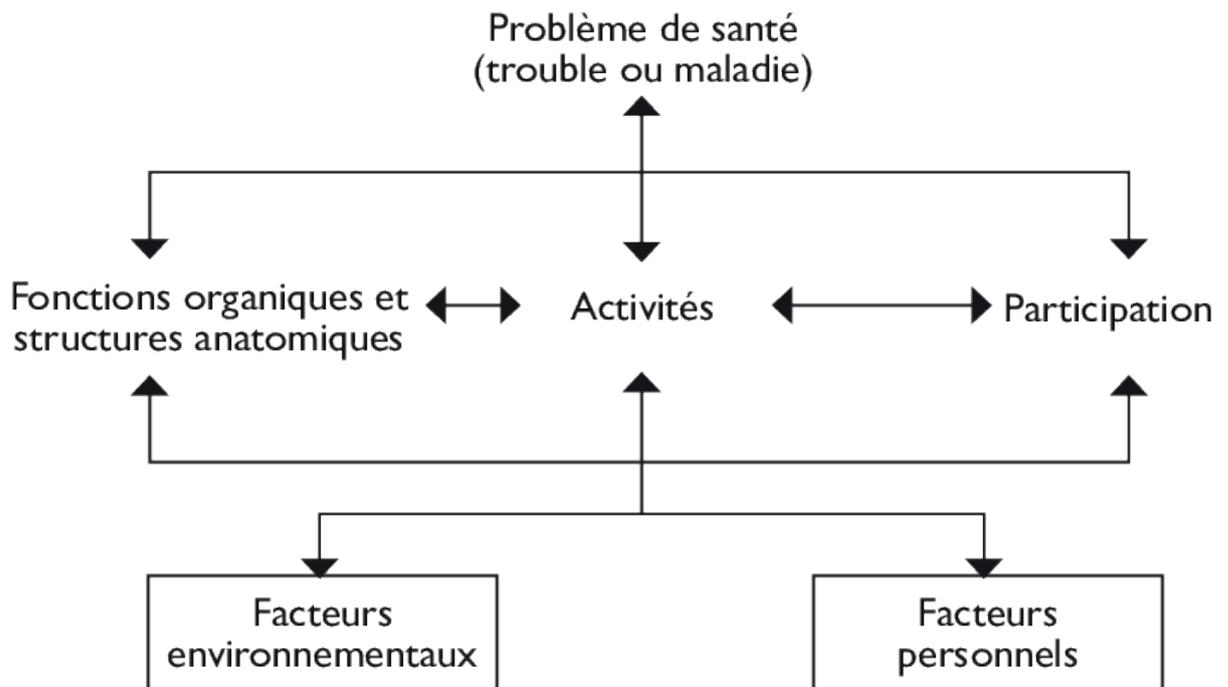
Auprès des AJA, l'ergothérapeute portera avec l'équipe multidisciplinaire de la réhabilitation, une attention particulière à leur environnement social déterminant et à leur engagement dans les soins sur le long terme, afin de leur permettre une réinsertion socio-professionnelle la plus rapide possible.

Le manque de données au niveau de l'accompagnement des AJA et de l'ergothérapie en oncologie ou de preuves probantes en réhabilitation a permis de confronter la réalité du terrain aux recommandations de la littérature scientifique. Afin de poursuivre la recherche, il semble intéressant d'approfondir les modèles favorisant une approche holistique et précoce, tel que le Prospective Surveillance Model, et de recueillir davantage de données de terrain quant aux besoins qui pourraient exister en terme de programme de réhabilitation, afin de les construire et de les mettre en place.

## **Annexes**

<b>Annexe 1</b> - Classification Internationale du Fonctionnement (OMS, 2001)	II
<b>Annexe 2</b> - Marqueurs du logiciel Zotero	III
<b>Annexe 3</b> - Diagramme de flux PRISMA, selon Moher et al., 2009	VI
<b>Annexe 4</b> - Échelle de Borg mesurant le niveau d'effort perçu en réponse à l'exercice (Borg, 1982)	V
<b>Annexe 5</b> - Questionnaire à l'intention des professionnel·le·s médicaux et paramédicaux exerçant en oncologie	V

**Annexe 1** - Classification Internationale du Fonctionnement (OMS, 2001)

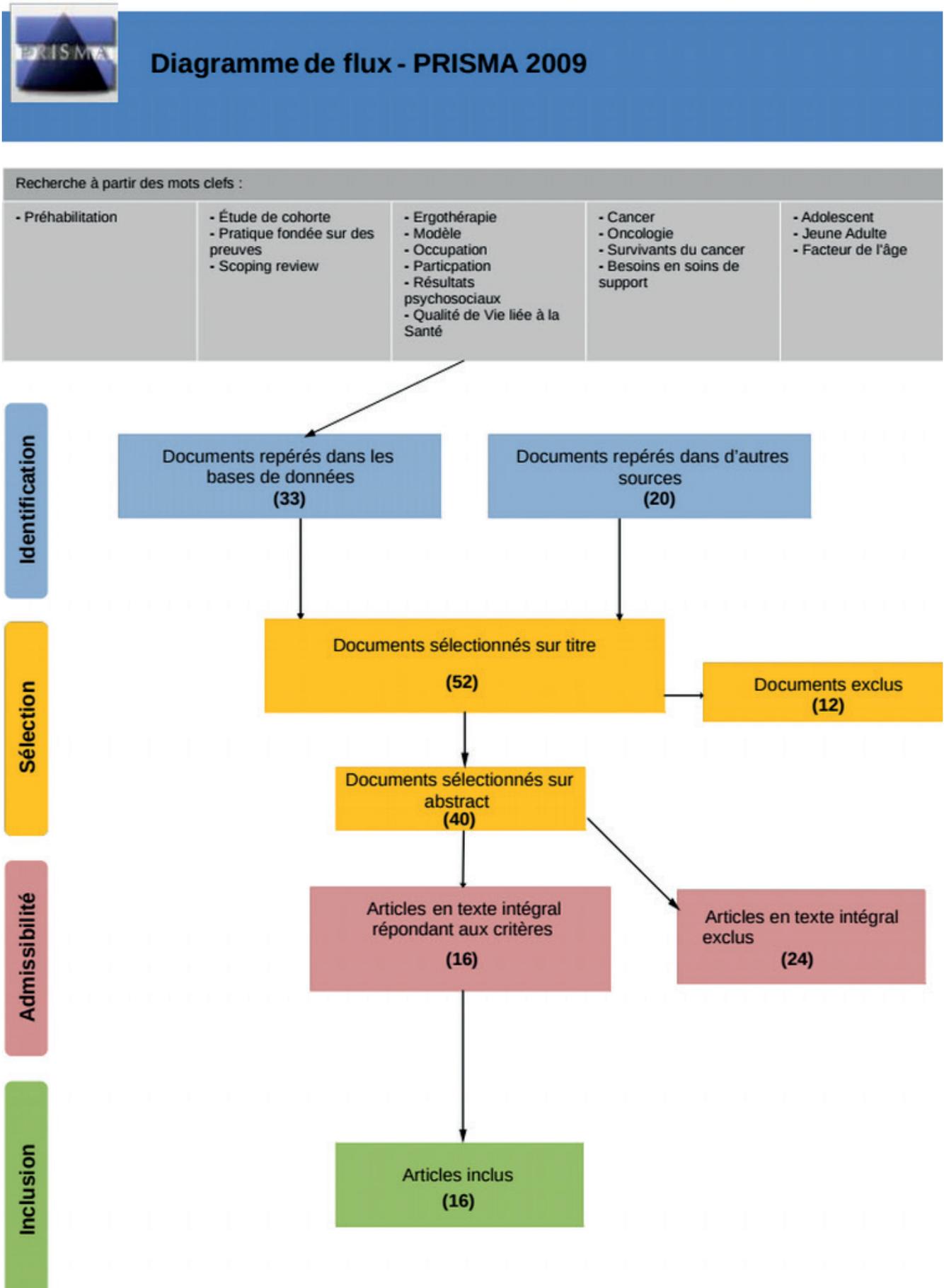


## Annexe 2 - Marqueurs du logiciel Zotero

OT Adolescent  
prehabilitation  
psychosocial outcomes  
Age Factors  
Health-related quality of life...  
Young Adult Needs

Titre

- Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values
- Définition de l'ergothérapie
- Cancers de l'enfant et de l'adolescent
- Instruction relative à un état des lieux sur l'offre de soins de traitement du c...
- Fit for Cancer Treatment: a prospective feasibility study of primary care initiate...
- Occupational Therapy Model Curriculum
- Participation and Self-Management Strategies of Young Adult Childhood Ca...
- Development of the Adolescent and Young Adult Activity Card Sort
- Psychophysical bases of perceived exertion
- Preoperative Biofeedback Assisted Behavioral Training to Decrease Post-Prostat...
- Promoting a culture of prehabilitation for the surgical cancer patient
- Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for ...
- Measuring the psychosocial health of adolescent and young adult (AYA) c...
- Adolescence en suspens : effraction pulsionnelle et pseudonormalité
- Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial f...
- L'expérience vécue par des femmes atteintes du cancer du sein : une étude ph...
- Prehabilitation for adults diagnosed with cancer: A systematic review of long...
- Oncogériatrie en pratique : la préhabilitation
- La préhabilitation, innovation thérapeutique
- A Qualitative Study of Occupational Therapy's Role in Adolescent Transition In...
- Prehabilitation versus Rehabilitation: A Randomized Control Trial in Patients U...
- LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
- Plan cancer 2014-2019
- Spécificités du cancer d'adolescents et de jeunes adultes
- The Development of Adolescent and Young Adult Participation Sort - Taiwane...
- Les spécificités des cancers des enfants et des adolescents - Cancérologie pé...
- VICAN 2014 - La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce ...
- Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques
- Epidémiologie des cancers - Les chiffres du cancer en France
- The Impact of Reimbursement Systems on Occupational Therapy Practice in Ca...
- Livres : MOHOST - Outil d'évaluation de la participation occupationnelle
- Global Burden of Disease and Risk Factors
- The indirect costs of cancer-related absenteeism in the workplace in Poland
- The Burden of Disease and Mortality by Condition: Data, Methods, and Results ...
- Adolescents et jeunes adultes, vivre pendant et après un cancer
- Multimodal prehabilitation improves functional capacity before and after color...
- Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA...
- Education, employment, insurance, and marital status among 694 survivors of ...
- Health care of young adult survivors of childhood cancer: A report from I...
- Symptom distress of Jordanian patients with cancer receiving chemotherapy
- Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé
- WHO | International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)
- Guidance for conducting systematic scoping reviews
- Intérêt de la préhabilitation dans le cancer | Réseau Régional de Cancérologie ...
- Long-term outcomes of adult survivors of childhood cancer
- Impairment-driven cancer rehabilitation: An essential component of quality c...
- Cancer Rehabilitation with a Focus on Evidence-Based Outpatient Physical an...
- A systematic review of pre-surgical exercise intervention studies with cancer p...
- Toward a Broader Role for Occupational Therapy in Supportive Oncology Care
- Health-Related Quality of Life of Adolescent and Young Adult Patients With...
- Unmet Support Service Needs and Health-Related Quality of Life among ...
- 14. L'ergothérapie comme appui à la mise en place d'une pratique interprofessio...
- A prospective surveillance model for rehabilitation for women with breast canc...
- PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation



## Annexe 4 - Échelle de Borg mesurant le niveau d'effort perçu en réponse à l'exercice (Borg, 1982)

### ECHELLE DE BORG (0-10)

0	<i>aucun effort</i>
1	<i>très très facile</i>
2	<i>très facile</i>
3	<i>facile</i>
4	<i>effort modéré</i>
5	<i>moyen</i>
6	<i>un peu dur</i>
7	<i>dur</i>
8	<i>très dur</i>
9	<i>très très dur</i>
10	<i>Maximal</i>

## Annexe 5 - Questionnaire à l'intention des professionnel·le·s médicaux et paramédicaux exerçant en oncologie

### Questionnaire sur la préhabilitation en oncologie

Bonjour,

dans le cadre de ma troisième année en études d'ergothérapie à l'IFE de Toulouse, je prépare un mémoire sur le sujet de la préhabilitation en oncologie chez les adolescent.e.s et jeunes adultes.

Afin d'enrichir mon travail de recherche, j'aimerais recueillir l'avis de professionnel·le·s de santé exerçant en oncologie, sur le sujet de la préhabilitation. Les réponses sont anonymes, et seront analysées puis présentées à la soutenance du mémoire.

Merci d'avance de votre participation et de votre temps.

Je reste à votre disposition pour plus d'informations,

Elsa Martineau

[martineau.elsa@gmail.com](mailto:martineau.elsa@gmail.com)

**\*Obligatoire**

#### 1. Êtes vous \*

*Une seule réponse possible.*

- Médecin    *Passer à la question 3*
- Kiné    *Passer à la question 7*
- Ergo    *Passer à la question 7*
- IDE    *Passer à la question 7*
- AS    *Passer à la question 7*
- Psychologue    *Passer à la question 7*
- Diététicien·ne    *Passer à la question 7*
- Autre    *Passer à la question 3*

2. Depuis combien d'années exercez vous (si médecin : années d'internat incluses) ? \*

Passer à la question 7

### Section sans titre

3. Si vous avez coché "Autre", vous pouvez préciser ci-dessous puis passer à la page suivante :

4. Si vous êtes médecin, merci de préciser votre spécialité ci-dessous

*Une seule réponse possible.*

- Oncologue médical  
 Radiothérapeute  
 Chirurgien-ne  
 Médecin de soins de support

5. Si vous avez coché "médecin de soins de support", pouvez vous préciser ci-dessous votre spécialité :

6. Quel est votre statut en tant que médecin ?

*Une seule réponse possible.*

- Interne  
 CCA ou équivalent  
 PH ou équivalent  
 PU-PH

### Préhabilitation - Première partie

7. Connaissez vous le concept de préhabilitation ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui *Passer à la question 8*  
 Non *Passer à la question 8*

Passer à la question 7

### Préhabilitation - Seconde partie

La préhabilitation a pour but d'optimiser un parcours de soin comportant une étape thérapeutique lourde (chirurgie, greffe de cellules souches), par des programmes de préparation physique, nutritionnelle, psychologique, sociale et familiale, secondaires à une évaluation pluridisciplinaire holistique du patient et de son environnement, et à la connaissance des effets néfastes de la maladie ainsi que des traitements qu'ils soient déjà présent ou à risque d'arriver dans l'avenir.

8. Pensez vous qu'un programme de préhabilitation serait une plus-value pour l'accompagnement de patient-e-s en oncolog

*Plusieurs réponses possibles.*

- Pas du tout d'accord  
 Pas d'accord  
 Indifférent  
 D'accord  
 Tout à fait d'accord

9. Pouvez développer votre réponse en choisissant une ou plusieurs raisons ci-dessous : \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Meilleure qualité de vie
- Anticipation des problèmes
- Diminution de la durée de séjour
- Amélioration de la survie
- Diminution des effets secondaires

Autre :  \_\_\_\_\_

#### Adolescent-e-s et Jeunes Adultes (AJA)

10. Considérez vous que les AJA atteints de cancer ont des besoins spécifiques à prendre en compte dans l'accompagnement (relatifs à leur santé, environnement social et/ou physique ...) ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Indifférent
- D'accord
- Tout à fait d'accord

11. Selon vous, un programme de préhabilitation en oncologie aurait-il un intérêt auprès des AJA ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Indifférent
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Merci

# Bibliographie

## Articles

- Barlow, R. C., Chan, D. S. Y., Mayor, S., Perkins, C., Lawton, H. L., Powell, A. G., & Lewis, W. G. (2018). Fit for Cancer Treatment : A prospective feasibility study of primary care initiated prehabilitation for patients with suspected cancer. *BJGP Open*, 2(4), bjpgopen18X101608. <https://doi.org/10.3399/bjpgopen18X101608>
- Berg, C., & Hayashi, R. J. (2013). Participation and Self-Management Strategies of Young Adult Childhood Cancer Survivors. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 33(1), 21-30. <https://doi.org/10.3928/15394492-20120607-01>
- Berg, C., McCollum, M., Cho, E., & Jason, D. (2015). Development of the Adolescent and Young Adult Activity Card Sort. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 35(4), 221-231. <https://doi.org/10.1177/1539449215578651>
- Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 14(5), 377-381.
- Carli, F., Gillis, C., & Scheede-Bergdahl, C. (2017). Promoting a culture of prehabilitation for the surgical cancer patient. *Acta Oncologica*, 56(2), 128-133. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2016.12660>
- Dao, L. M. (2011). Adolescence en suspens : Efraction pulsionnelle et pseudonormalité. *Enfances Psy*, n° 52(3), 149-156.
- Duitj, S. F. A., Faber, M. M., Oldenburg, H. S. A., Beurden, M. van, & Aaronson, N. K. (2011). Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors—A meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 20(2), 115-126. <https://doi.org/10.1002/pon.1728>
- Evan, E. E., & Zeltzer, L. K. (2006). Psychosocial dimensions of cancer in adolescents and young adults. *Cancer*, 107(S7), 1663-1671. <https://doi.org/10.1002/cncr.22107>
- Falandry C. (2017, octobre 19). Oncogériatrie en pratique : La préhabilitation. 13èmes journées Nationales de la Société Francophone d'onco-gériatrie, Paris. <http://www.congres-sofog.com/uploads/FALANDRY.pdf>
- Falandry, C., & Collange, V. (2019). La préhabilitation, innovation thérapeutique. *SOINS GERONTOLOGIE*, 135, 25-28.

- Gangl, C., Strecker Neufeld, P., & Berg, C. (2011). A Qualitative Study of Occupational Therapy's Role in Adolescent Transition in a Midwestern Coalition of Many School Districts. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 4(2), 154-167. <https://doi.org/10.1080/19411243.2011.595313>
- Hsin-Yen, W., & Berg, C. (2013). The Development of Adolescent and Young Adult Participation Sort - Taiwanese Version : AYAPS-T. *Occupational Therapy International*, 20(3), 124-133. <https://doi.org/10.1002/oti.1344>
- Jongbloed, L., & Wendland, T. (2002). The Impact of Reimbursement Systems on Occupational Therapy Practice in Canada and the United States of America. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(3), 143-152. <https://doi.org/10.1177/000841740206900304>
- Macioch, T., & Hermanowski, T. (2011). The indirect costs of cancer-related absenteeism in the workplace in Poland. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(12), 1472-1477. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3182398dc7>
- Méar, L. (2010). Adolescents et jeunes adultes, vivre pendant et après un cancer. *Soins Pédiatrie/ Puériculture*, 31(252), 5-6.
- Huttenlocher, P. R. (1990). Morphometric study of human cerebral cortex development. *Neuropsychologia*, 28(6), 517-527. [https://doi.org/10.1016/0028-3932\(90\)90031-I](https://doi.org/10.1016/0028-3932(90)90031-I)
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses : The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Nagarajan, R., Neglia, J. P., Clohisy, D. R., Yasui, Y., Greenberg, M., Hudson, M., Zevon, M. A., Tersak, J. M., Ablin, A., & Robison, L. L. (2003). Education, employment, insurance, and marital status among 694 survivors of pediatric lower extremity bone tumors. *Cancer*, 97(10), 2554-2564. <https://doi.org/10.1002/cncr.11363>
- Oeffinger, K. C., Mertens, A. C., Hudson, M., Gurney, J. G., Casillas, J., Chen, H., Whitton, J., Yeazel, M., Yasui, Y., & Robison, L. L. (2004). Health care of young adult survivors of childhood cancer : A report from the childhood cancer survivor study. *Annals of Family Medicine*, 2(1), 61-70. <https://doi.org/10.1370/afm.26>
- Peters, M., Godfrey, C., Khalil, H., Mcinerney, P., Parker, D., & Soares, C. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13. <https://doi.org/10.1097/XEB.000000000000050>
- Silver, J. K., Baima, J., & Mayer, R. S. (2013). Impairment-driven cancer rehabilitation : An essential component of quality care and survivorship. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 63(5), 295-317. <https://doi.org/10.3322/caac.21186>

- Pfefferbaum, A., Mathalon, D. H., Sullivan, E. V., Rawles, J. M., Zipursky, R. B., & Lim, K. O. (1994). A Quantitative Magnetic Resonance Imaging Study of Changes in Brain Morphology From Infancy to Late Adulthood. *Archives of Neurology*, 51(9), 874-887. <https://doi.org/10.1001/archneur.1994.00540210046012>
- Silver, J. K., & Gilchrist, L. (2011). Cancer Rehabilitation with a Focus on Evidence-Based Outpatient Physical and Occupational Therapy Interventions. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 90(5). <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e31820be4ae>
- Sleight, A. G., & Duker, L. I. S. (2016). Toward a Broader Role for Occupational Therapy in Supportive Oncology Care. *American Journal of Occupational Therapy*, 70(4), 7004360030p1-7004360030p8. <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.018101>
- Smith, A. W., Bellizi, K. M., Keegan, T. H. M., Zebrack, B., Chen, V. W., Neale, A. V., Hamilton, A. S., Shnorhavorian, M., & Lynch, C. F. (2013). Health-Related Quality of Life of Adolescent and Young Adult Patients With Cancer in the United States : The Adolescent and Young Adult Health Outcomes and Patient Experience Study. *Journal of Clinical Oncology*, 31(17), 2136-2145. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.47.3173>
- Smith, A. W., Parsons, H. M., Kent, E. E., Bellizi, K. M., Zebrack, B., Keel, G., Lynch, C. F., Rubenstein, M. B., & Keegan, T. H. M. (2013). Unmet Support Service Needs and Health-Related Quality of Life among Adolescents and Young Adults with Cancer : The AYA HOPE Study. *Frontiers in Oncology*, 3. <https://doi.org/10.3389/fonc.2013.00075>
- Stout, N. L., Binkley, J. M., Schmitz, K. H., Andrews, K., Hayes, S. C., Campbell, K. L., Mcneely, M. L., Soballe, P. W., Berger, A. M., Cheville, A. L., Fabian, C., Gerber, L. H., Harris, S. R., Johansson, K., Pusic, A. L., Prosnitz, R. G., & Smith, R. A. (2012). A prospective surveillance model for rehabilitation for women with breast cancer. *Cancer*, 118(8 Suppl), 2191-2200. <https://doi.org/10.1002/cncr.27476>

## Ouvrages

- NSERM. (2019). *Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques* (EDP Sciences). EDP Sciences. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques>
- Mathers, C. D., Lopez, A. D., & Murray, C. J. L. (2006). The Burden of Disease and Mortality by Condition : Data, Methods, and Results for 2001. In A. D. Lopez, C. D. Mathers, M. Ezzati, D. T. Jamison, & C. J. Murray (Éds.), *Global Burden of Disease and Risk Factors*. World Bank. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11808/>

Soum-Pouyalet, F., Sorita, É., & Belio, C. (2018). 14. L'ergothérapie comme appui à la mise en place d'une pratique interprofessionnelle en cancérologie. In *Le cancer : Un regard sociologique* (p. 212-232). La Découverte. <https://www.cairn.info/le-cancer-un-regard-sociologique--9782707195784-page-212.htm>

## **Autres références**

American Cancer Society. (2020). Cancer Treatment Side Effects. <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects.html>

ANFE. (2019, février 1). Définition de l'ergothérapie. ANFE. <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>

APHP. (2015, mars 16). Cancers de l'enfant et de l'adolescent. Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. <https://www.aphp.fr/cancers-de-lenfant-et-de-ladolescent>

Gouvernement français. (2019). Plan cancer 2014-2019 (5E RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE No 5; p. 210). Ministère des Solidarités et de la Santé.

Groupe Onco hématologie Adolescents et Jeunes Adultes. (2019). Spécificités du cancer d'adolescents et de jeunes adultes. GO-AJA. <https://go-aja.fr/patients-atteints-cancer/quest-ce-que-le-cancer/specificites-cancer-adolescents-jeunes-adultes/>

INCa. (2014). VICAN 2014—La vie deux ans après un diagnostic de cancer—De l'annonce à l'après cancer. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Synthese-La-vie-deux-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-De-l-annonce-a-l-apres-cancer>

Institut National du Cancer. (2019). Épidémiologie des cancers—Les chiffres du cancer en France (p. 254). INCA. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>

OMS. (1946). Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>

OMS. (2001). WHO | International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organization. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

Ranque Garnier, S. (2016, mars 24). Intérêt de la préhabilitation dans le cancer | Réseau Régional de Cancérologie OncoPaca-Corse. <http://www.oncopaca.org/fr/documentaire/diaporama-interet-de-la-prehabilitation-dans-le-cancer>

Silver, J. K., Baima, J., & Mayer, R. S. (2013). Impairment-driven cancer rehabilitation : An essential component of quality care and survivorship. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 63(5), 295-317. <https://doi.org/10.3322/caac.21186>



**Résumé : L'impact de la préhabilitation sur la participation occupationnelle des Adolescent·e·s et Jeunes Adultes en oncologie, a scoping review. Elsa Martineau**

Introduction : le cancer impacte la vie des malades dans tous les domaines, et les Adolescent·e·s et Jeunes Adultes (AJA) peuvent être encore plus fortement touchés par la diminution de leur participation occupationnelle dans des domaines déterminants pour leur construction en tant qu'individu. La préhabilitation propose une approche précoce et holistique optimisant la santé des patient·e·s afin de réduire leurs séquelles en post-opératoire et permettre un retour plus rapide à leurs activités de la vie quotidienne. Objectifs : établir un état des lieux de la pratique et des recommandations pour la préhabilitation en oncologie auprès des AJA, avec une approche occupationnelle. Méthode : réalisation d'une scoping review à l'aide de bases de données PubMed, CISMef, Cairn, American Journal of Occupational Therapy. Après plusieurs phases de sélection, 16 articles ont été choisis. Résultats : certains programmes de préhabilitation montrent des bienfaits en pré et post-opératoire au niveau des séquelles de la maladie et du retour aux activités. La majeure partie de la littérature reconnaît la préhabilitation comme un centre d'intérêt et demande davantage de recherches. L'ergothérapie en oncologie semble également être un enjeu à développer, et ses champs d'actions correspondent aux besoins non satisfaits relevés par les AJA. Conclusion : l'accompagnement précoce de la préhabilitation en oncologie et l'approche holistique de l'ergothérapie correspondent aux besoins non satisfaits et aux enjeux posés par les AJA. Mots-clés : Préhabilitation – AJA – Ergothérapie – Oncologie

**Abstract : The impact of prehabilitation on Adolescents and Young Adults' occupational participation in oncology, a scoping review. Elsa Martineau**

Background : Cancer affects patients' lives in all areas, and Adolescents and Young Adults (AYA) may be even more strongly affected by the decrease of their occupational participation in areas that are critical to their development as individuals. Prehabilitation offers an early and holistic approach that optimizes the health of patients in order to reduce their post-operative sequelae and allow a quicker return to their daily activities. Objectives : to establish an inventory of practice and recommendations for prehabilitation in oncology with AYA, with an occupational approach. Method : conducting a scoping review using PubMed, CISMef, Cairn, American Journal of Occupational Therapy databases. After several selection phases, 16 articles were chosen. Results : some prehabilitation programs show pre- and post-operative benefits in terms of disease sequelae and return to activities. Most of the literature recognizes prehabilitation as a focus of interest and requires further research. Occupational therapy in oncology also seems to be an stake to be developed, and its fields of action match the unmet needs identified by AYAs. Conclusion : Early support for prehabilitation in oncology and the holistic approach of occupational therapy correspond to the unmet needs and stakes raised by the AYAs. Keywords : Prehabilitation - AYA - Occupational therapy - Oncology