



Institut de Formation

En

Ergothérapie

-Toulouse-



MEMOIRE DE FIN D'ETUDE D'ERGOTHERAPIE :

« La place de l'ergothérapeute dans le parcours de réinsertion professionnelle d'une personne ayant un lymphome de Hodgkin »

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

Directeur de mémoire : Virgile PINELLI

Lisa SALINIER

Juin 2021

Promotion 2018-2021

Engagement et autorisation

Je soussignée Lisa SALINIER, 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.

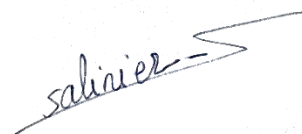
Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses **droits de propriété intellectuelle**, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante, ou partielle, de ce mémoire requiert son **autorisation**.

(Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle).

Fait à **Toulouse**,

Le **10/05/2021**

Signature du candidat : Lisa SALINIER

A handwritten signature in blue ink that reads "salinier" followed by a stylized flourish.

Note au lecteur

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'Ergothérapeute :

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Évaluation 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 Boterf, 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

Tout d'abord, je tiens à remercier mon directeur de mémoire, Dr Virgile PINELLI pour son écoute et ses conseils tout au long de cette année.

Je remercie également chacun des participants ayant accepté de prendre part à mon étude, pour leurs réponses et leur engagement.

Le Dr Cécile BOREL m'a permis d'entrer en contact avec les participants de mon étude, je la remercie vivement.

Un grand merci à l'équipe pédagogique de l'IFE de Toulouse pour leur présence durant ces trois années, leur enseignement de qualité, leur créativité et leur soutien.

Il était également important pour moi de remercier mes camarades et amis de promotion. Merci pour ces trois belles années de partage.

Enfin, merci à mes amis et ma famille pour leur aide, leur soutien et leur présence pendant ces années.

« Agir, c'est se réadapter. Savoir, c'est-à-dire prévoir pour agir sera donc aller d'une situation à une situation, d'un arrangement à un arrangement. »

Henri Bergson (1907)

SOMMAIRE

1	Introduction	1
2	Cadre théorique	3
2.1	Le cancer.....	3
2.1.1	Définition.....	3
2.1.2	Epidémiologie.....	3
2.2	Le lymphome de Hodgkin	4
2.2.1	Définition.....	4
2.2.2	Traitements	5
2.2.3	Effets indésirables et séquelles	6
2.2.4	Soins de support	7
2.3	L'ergothérapie.....	8
2.3.1	La profession	8
2.3.2	Le MOH.....	9
2.3.3	L'ergothérapie en oncologie.....	11
2.4	La réinsertion professionnelle.....	12
2.4.1	La réinsertion professionnelle après un cancer.....	12
2.4.2	L'ergothérapie et la réinsertion professionnelle	13
2.4.3	L'ergothérapie et la réinsertion professionnelle après un cancer	14
2.5	Problématique	15
3	Cadre expérimental	16
3.1	Méthode DELPHI	16
3.1.1	Sélection des experts	17
3.1.2	Déroulement de l'étude	18
3.1.3	Administration des questionnaires	19
3.2	Analyse des résultats.....	19
3.2.1	Premier tour de la méthode DELPHI	19
3.2.2	Deuxième tour de la méthode DELPHI.....	21
3.2.3	Troisième tour de la méthode DELPHI.....	23
3.3	Limites de l'étude.....	25
4	Discussion	26
5	Conclusion	30
6	Bibliographie.....	32
	Annexes.....	36

Liste des abréviations

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INCa : Institut National du Cancer

NK : Natural Killer

AFSOS : Association Francophone des Soins Oncologiques de Support

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

PEOP : Personne Environnement Occupation Performance

ASE : Association Suisse des Ergothérapeutes

RCOT : Royal College of Occupational Therapists

IUCT : Institut Universitaire du Cancer de Toulouse

D.E : Diplômé d'Etat

VQ : Volitional Questionnaire

1 Introduction

Les cancers sont un véritable enjeu de santé publique car ils représentent en France la première cause de décès chez l'homme et la deuxième chez la femme. En 2018, le nombre de nouveaux cas de cancers était estimé à 382 000 et le nombre de décès à 157 400 en France. Le lymphome de Hodgkin est un cancer du système lymphatique, qui est peu fréquent et qui représente 10 % de l'ensemble des lymphomes. En 2018, le nombre de nouveaux cas s'élevait à 2127 en France. La survenue d'un cancer impacte le quotidien et les occupations des personnes notamment avec l'apparition de séquelles ou d'effets secondaires liés aux traitements. L'activité professionnelle est souvent touchée, les personnes doivent arrêter leur activité pour faire face à la maladie. A ce jour, peu de prises en charge de l'après cancer sont mises en place, cependant il y a une volonté du dernier Plan Cancer 2014-2019 de pallier ce manque et d'accorder une priorité au maintien et au retour dans l'emploi (INCa, s.d.).

Mon envie de traiter le sujet de la réinsertion professionnelle pour les personnes ayant un cancer s'est présentée en fin de deuxième année de formation. Pour réaliser les recherches je me suis focalisée sur un type de cancer afin de cibler une population et une intervention. Tout d'abord, j'ai voulu m'intéresser aux femmes ayant un cancer du sein, mais suite à des échanges avec mon directeur de mémoire, j'ai finalement décidé d'étudier les personnes ayant un lymphome de Hodgkin car peu d'études sont dédiées à cette population. Mon étude fait donc le lien entre l'ergothérapie et la réinsertion professionnelle des personnes ayant un lymphome de Hodgkin. L'ergothérapeute est un professionnel du paramédical qui centre sa pratique sur l'activité. Il accompagne des personnes qui rencontrent des restrictions de participation afin qu'elles puissent réaliser les activités qu'elles aiment ou qui leur sont impératives. L'activité professionnelle en fait donc partie. Ainsi l'ergothérapeute peut participer à des programmes de réadaptation ou de réinsertion professionnelle. Cependant, l'ergothérapeute est peu présent dans la sphère de la réinsertion professionnelle. De plus, la pratique de l'ergothérapeute n'est peu voire pas développée dans le domaine de l'oncologie en France. J'ai donc décidé de m'y intéresser et de promouvoir l'ergothérapie dans cette pratique innovante.

Autour de ce sujet, des réflexions ont émergé. Ma question de départ est la suivante : **Quelle est la place de l'ergothérapeute dans le parcours de réinsertion professionnelle d'une personne ayant un lymphome de Hodgkin ?**

A travers ce mémoire, nous cherchons à définir le rôle de l'ergothérapeute dans le parcours de réinsertion professionnelle d'une personne ayant un lymphome de Hodgkin. Nous commencerons par faire un état des lieux des écrits, en détaillant le lymphome de Hodgkin, les traitements, les séquelles et les soins de support. Ensuite nous aborderons l'ergothérapie et la place qu'elle occupe dans la réinsertion professionnelle en oncologie. Nous traiterons ensuite la question de recherche suivante : *Quels sont les déterminants qui amènent une personne ayant un Lymphome de Hodgkin à s'engager ou non dans un processus de réinsertion professionnelle ?* Afin de traiter cette problématique, nous réaliserons en seconde partie une méthode de consensus qui permettra d'identifier les déterminants du retour au travail pour une personne ayant un lymphome de Hodgkin. Nous terminerons par une discussion autour des facteurs sur lesquels l'ergothérapeute peut s'appuyer pour accompagner les personnes ayant un lymphome de Hodgkin afin de répondre à notre question de départ.

2 Cadre théorique

2.1 Le cancer

2.1.1 Définition

Le cancer est un terme qui réunit un ensemble de maladies, se définissant comme la multiplication et la propagation incontrôlée de cellules anormales dans les tissus ou les organes. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit le cancer comme « un terme général appliqué à un grand groupe de maladies qui peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme, l'une de ses caractéristiques est la prolifération rapide de cellules anormales qui peuvent essaimer dans d'autres organes, formant ce qu'on appelle des métastases » (OMS, 2018).

Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine du cancer. Tout d'abord, les facteurs extrinsèques sont mis en jeu, le mode de vie, les facteurs environnementaux ou professionnels, les infections. Ensuite, des facteurs intrinsèques peuvent causer l'apparition d'un cancer. Parmi eux, nous retrouvons les mutations héréditaires, les hormones, le dérèglement du système immunitaire, etc. (Fondation contre le cancer, 2016) Le tabagisme est le facteur de risque le plus important du cancer, responsable de 22% des décès dus aux cancers. L'incidence augmente avec le vieillissement (OMS, 2018).

Les tumeurs sont classées en 4 stades. Le stade 1 correspond à une tumeur unique et de petite taille, le deuxième stade rassemble les tumeurs plus volumineuses, le troisième signifie que la tumeur envahit les ganglions lymphatiques ou les tissus avoisinants. Enfin, le quatrième stade révèle la présence de métastases dans l'organisme.

2.1.2 Epidémiologie

Le nombre de nouveaux cas de cancers diagnostiqués en France en 2018 est estimé à 382 000 cas (54% chez l'homme et 46% chez la femme) et celui de décès par cancer, à 157 400 (57% chez l'homme et 43% chez la femme) (Institut National du Cancer, 2019). L'âge médian au diagnostic était de 68 ans chez l'homme et de 67 ans chez la femme en 2015. Chez l'homme, le cancer de la prostate reste le plus fréquent devant le cancer du poumon et le cancer colorectal.

Chez la femme, le cancer du sein se situe en première ligne devant le cancer colorectal et le cancer du poumon.

2.2 Le lymphome de Hodgkin

2.2.1 Définition

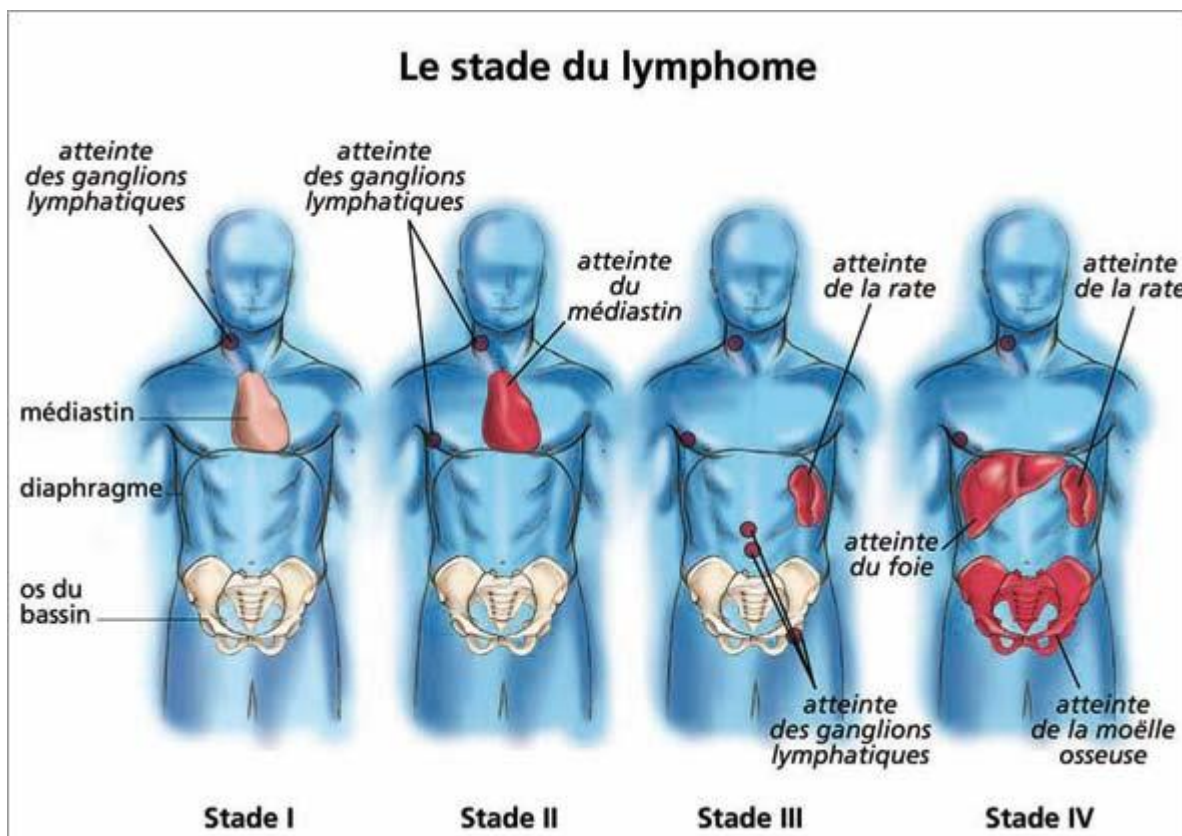
Un lymphome est un cancer du système lymphatique. Il survient majoritairement chez les jeunes adultes. Ce cancer implique les lymphocytes, cellules de la famille des globules blancs. Le système immunitaire est un ensemble de tissus, de cellules et d'organes lymphoïdes dont le rôle est d'identifier, de maîtriser et de détruire les organismes étrangers comme les bactéries, les virus, les cellules anormales avant qu'elles n'altèrent l'organisme.

Les lymphocytes participent à la lutte contre les corps étrangers et les cellules anormales ou cancéreuses. Ils sont fabriqués dans la moelle osseuse, la rate et les ganglions lymphatiques. Ils circulent ensuite dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques. Il existe trois types de lymphocytes : B, T, et ceux du groupe NK.

Le lymphome de Hodgkin résulte de la prolifération d'un lymphocyte B anormal. Il se caractérise par la présence de cellules caractéristiques : les cellules de Reed-Sternberg. Le diagnostic d'un lymphome de Hodgkin est réalisé grâce à un examen anatomopathologique des cellules d'un échantillon du tissu lymphatique. C'est un médecin britannique, Thomas Hodgkin qui a identifié cette maladie pour la première fois en 1832, avant que l'existence des lymphocytes ne soit connue. Les autres formes de lymphomes sont appelées lymphomes non hodgkiniens (INCa, 2015).

L'évolution du lymphome de Hodgkin est divisée en quatre stades : les stades I et II sont localisés alors que les stades III et IV sont plus avancés, le lymphome est présent dans plusieurs groupes ganglionnaires ou organes (Fondation contre le cancer, 2018).

Figure 1. Les différents stades du lymphome (INCa, s.d.)



2.2.2 Traitements

Le choix du traitement d'un lymphome de Hodgkin dépend du stade de la maladie, du volume tumoral, de l'existence ou non d'une inflammation biologique, du taux de lymphocytes dans le sang, du nombre de régions ganglionnaires atteintes, de l'âge et de l'état de santé en général. Le traitement du lymphome de Hodgkin repose actuellement sur la chimiothérapie, associée ou non à de la radiothérapie.

La chimiothérapie

La chimiothérapie est un traitement à base de médicaments qui agissent sur la multiplication des cellules. C'est un traitement qualifié de systémique car il agit sur l'ensemble du corps, ce qui permet d'atteindre les cellules cancéreuses qu'importe l'endroit où elles se trouvent. La chimiothérapie n'agit pas de manière ciblée et peut endommager des cellules saines de l'organisme. Le traitement peut être administré par voie orale (pilules ou comprimés) ou injecté par voie intraveineuse, intramusculaire ou sous-cutanée. Dans le cas du lymphome de Hodgkin, plusieurs médicaments sont souvent associés, il s'agit de polychimiothérapie. La

chimiothérapie doit être administrée plusieurs fois de façon successive avec des périodes de traitement et des périodes de repos, ce sont des cures de chimiothérapie. Le traitement du lymphome hodgkinien peut s'étendre sur deux à huit mois voire plus.

La radiothérapie

La radiothérapie utilise des rayons X, aussi appelés rayonnements ionisants afin de détruire les cellules cancéreuses. Contrairement à la chimiothérapie, la radiothérapie est un traitement local, elle cible uniquement la zone traitée. Cependant, elle peut affecter des cellules saines dans la région traitée, ce qui peut engendrer des effets indésirables. La radiothérapie n'est plus utilisée seule car le risque de rechute est trop élevé. Le champ d'irradiation est la partie du corps qui va être soumise aux rayons. L'irradiation est concentrée à l'endroit où se trouvent les ganglions lymphatiques. La radiothérapie a lieu en moyenne un mois après la fin du protocole de chimiothérapie et s'étend sur environ trois à quatre semaines.

La greffe de moelle osseuse ou de cellules souches

Lorsqu'il y a une rechute, les doses de chimiothérapie sont plus importantes et peuvent détruire les cellules saines de la moelle osseuse. Pour cela, il peut être nécessaire d'avoir recours à une greffe de moelle osseuse ou de cellules souches. Il existe deux techniques de greffe : l'autogreffe où le patient reçoit ses propres cellules souches (pas de problème de compatibilité) ou l'allogreffe où le patient reçoit des cellules souches issues d'un donneur compatible.

2.2.3 Effets indésirables et séquelles

Les effets secondaires généraux liés à la chimiothérapie sont une diminution de la production des cellules sanguines, une chute des cheveux et des ongles, des nausées et vomissements, des mucites et des aphtes, des diarrhées et constipation, une modification du goût et une perte d'appétit. Il existe également des effets spécifiques de chaque molécule : par exemple les traitements du lymphome de Hodgkin peuvent entraîner des neuropathies périphériques. La neuropathie périphérique est une atteinte du système nerveux périphérique qui se traduit par des symptômes sensitifs (paresthésies, perte de sensibilité, trouble de l'équilibre, etc.) et moteurs (crampes, faiblesse, amyotrophie, etc.) (Haute Autorité de Santé, 2007).

Quant aux effets indésirables de la radiothérapie, il peut y avoir des réactions au niveau des muqueuses (bouche sèche, irritation de la gorge), des nausées et vomissements, une chute de cheveux et des réactions cutanées.

Également d'autres séquelles sont liées aux traitements, notamment la douleur et la fatigue.

La douleur peut être due à la tumeur si elle exerce une pression sur les os, les nerfs ou les organes ou elle peut être liée aux traitements ou examens. La douleur peut être qualifiée d'aiguë (douleur sévère qui ne dure pas dans le temps) ou de chronique (douleur plus ou moins sévère qui dure sur une plus longue période de temps). La douleur peut engendrer une irritabilité chez le patient, une dépression ou encore une perte d'énergie. Il est important de communiquer avec les professionnels afin de maîtriser ou de supprimer la douleur.

La fatigue peut être due aux traitements directement ainsi qu'aux déplacements pour se rendre à l'hôpital. La fatigue est également un symptôme de la maladie. Elle peut s'estomper ou perdurer dans le temps selon les patients. La fatigue a d'importants retentissements dans la vie quotidienne des personnes.

Tous ces effets indésirables peuvent impacter considérablement la qualité de vie des patients. Selon l'étude VICAN 5, 63,5% des personnes ayant un cancer souffrent de séquelles dues au cancer ou aux traitements. 58,8% des hommes et 52,6% des femmes sont limités dans leur activité physique. 48,7% souffrent d'une fatigue cliniquement significative et 32,5% rapportent une dégradation persistante de leur qualité de vie mentale (INCa, 2018). Pour améliorer la qualité de vie des patients et limiter l'impact des séquelles dans leur vie quotidienne, des soins de support peuvent être délivrés.

2.2.4 Soins de support

Les soins de support désignent « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves » (Association Francophone des Soins Oncologiques de Support, s.d.). Cette notion a été introduite dans la mesure 42 du Plan Cancer (2003-2007) qui prévoit le développement des soins de support en axant sur le développement de la prise en charge de la douleur et de la psycho-oncologie. Les soins de support ont pour objectif d'améliorer la qualité de vie des patients. Ils permettent de gérer les symptômes liés aux traitements ou à la maladie mais aussi les différentes répercussions possibles qu'elles soient esthétiques, financières ou relationnelles.

Ils prennent en compte la fatigue, la douleur, les problèmes nutritionnels, les troubles digestifs, respiratoires, génito-urinaires, les troubles moteurs, les handicaps, les difficultés sociales, la souffrance psychique ainsi que l'accompagnement en fin de vie. Ils proposent une approche globale de la personne et visent à assurer la meilleure qualité de vie possible pour les personnes malades tant sur le plan physique, psychologique que social. L'environnement est également pris en compte avec l'entourage de la personne (INCa, 2019). Selon la circulaire du 22 Février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie, « les soins de support ne constituent pas une nouvelle discipline ; ils correspondent à une coordination qui doit mobiliser des compétences et organiser leur mise à disposition pour le patient et ses proches. C'est en particulier dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaire que cette coordination est actée et peut ensuite être mise en place autour du patient. ». (Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, 2005)

L'ergothérapeute fait donc partie des professionnels qui peuvent délivrer des soins de support.

2.3 L'ergothérapie

2.3.1 La profession

La profession d'ergothérapeute a fait son apparition dans les années 1950 en France. C'est en 1970 que l'ergothérapie se démocratise avec l'apparition du concept de handicap et la considération du contexte environnemental et social de la personne comme facteurs de santé. L'ergothérapie est donc légitime car elle agit sur les relations entre la personne, l'activité et l'environnement. Le terme « ergothérapie » vient du grec « ergon » qui signifie « activité » et « therapia » qui signifie « soin ».

Selon l'association nationale française des ergothérapeutes (ANFE), « L'objectif de l'ergothérapie (*occupational therapy*) 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 (*occupational therapist*) est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. » (ANFE, 2019).

L'ergothérapeute intervient auprès de personnes de tout âge. L'ergothérapeute permet à la personne de réaliser ses occupations, c'est-à-dire les activités qui lui sont significatives. Il peut s'agir d'effectuer ses soins personnels, de se déplacer, de communiquer, se divertir, travailler, étudier ou réaliser des tâches qui lui sont propres. L'ergothérapeute accompagne la personne

pour trouver des solutions afin que la personne retrouve un rôle social. Il s'intéresse aux facteurs psychosociaux et environnementaux qui influencent la capacité d'agir de la personne.

L'ergothérapeute fonde sa pratique sur des modèles conceptuels. « Un « modèle conceptuel » est une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique. » (Brousseau, et al., 2017)

Pour accompagner une personne dans un processus de réinsertion professionnelle, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur le modèle de l'occupation humaine (MOH). Il prendra en compte l'environnement et les composantes de la personne pour comprendre son engagement dans l'activité et pourra proposer une intervention adaptée. L'individu pourra par la suite adapter ses occupations en fonction de son identité et de ses compétences.

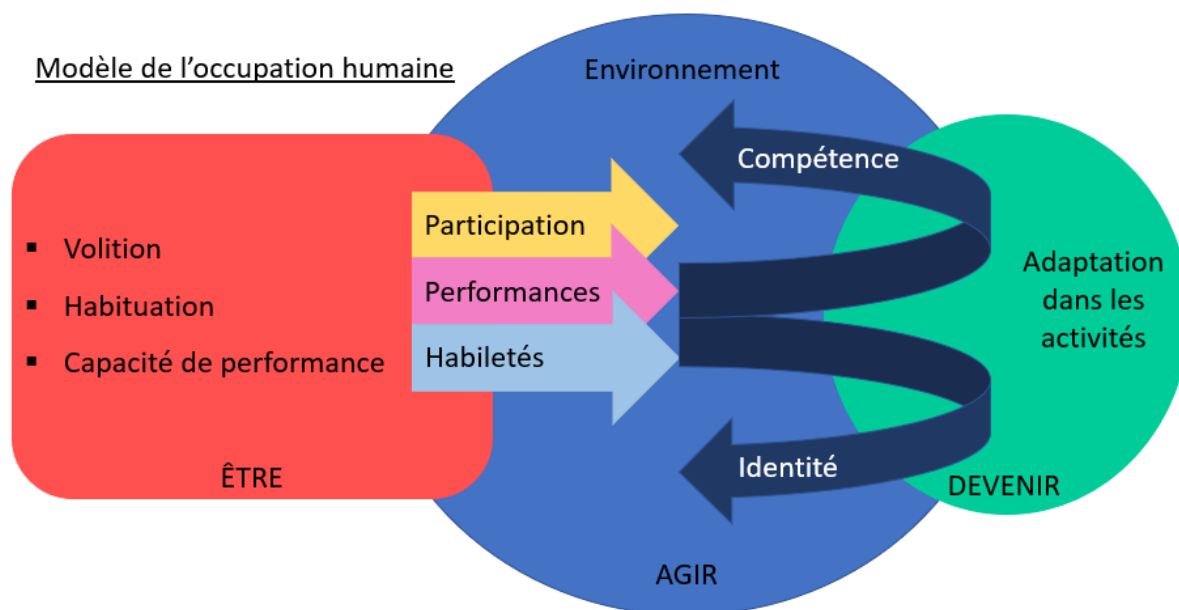
2.3.2 Le MOH

Le modèle de l'occupation humaine (MOH) a été élaboré par Gary Kielhofner. Le MOH est un modèle holistique, centré sur la personne et prenant en compte l'influence du contexte physique et socio-culturel sur l'activité de la personne. Le MOH place les caractéristiques individuelles et uniques de la personne, telles que ses souhaits, ses besoins et ses perceptions, au centre de sa participation dans des activités significatives réalisées dans son contexte de vie quotidienne.

Le MOH considère l'individu (ÊTRE) par le biais de trois composantes d'influence égale : la volition, l'habitation, et les capacités de performance. L'individu ainsi défini réalise des activités (AGIR) dans le cadre de son environnement selon trois niveaux imbriqués : les habiletés, la performance et la participation. Enfin, l'accumulation des expériences vécues lors des différentes occupations va permettre l'élaboration d'une identité occupationnelle et d'une compétence occupationnelle, qui vont permettre l'adaptation future à de nouvelles occupations (DEVENIR).

Le MOH considère toujours la personne dans son contexte environnemental. Dans toutes les actions de l'individu, les trois variables mentionnées ci-dessus (être, agir et devenir) interagissent donc non seulement entre elles, mais également avec l'environnement. Cet environnement regroupe des composantes physiques, humaines, socio-culturelles et peut être obstacle ou facilitateur.

Figure 2. Modèle de l'occupation humaine traduit de Kielhofner (2008)



L'être :

Il se décompose en trois sous-parties, la volition, l'habituatation et la capacité de performance. La volition correspond à la motivation d'une personne à agir sur l'environnement. Elle se réfère aux valeurs, aux centres d'intérêts et aux déterminants de la personne. L'habituatation comprend les habitudes et les rôles de la personne. Il s'agit de l'organisation des routines quotidiennes dans un environnement familier en fonction des comportements semi-automatisés, intériorisés. Enfin, la capacité de performance se définit par l'aptitude à agir grâce aux composantes physiques et mentales. Il s'agit de la capacité à « faire ».

L'agir :

Il se compose de la participation occupationnelle, de la performance occupationnelle et des habiletés. La participation occupationnelle correspond à l'engagement de la personne dans les activités productives, de loisir et de la vie quotidienne. La performance occupationnelle représente l'exécution des tâches ou activités qui sont nécessaires à l'accomplissement de la participation occupationnelle. Afin d'évaluer la performance occupationnelle, l'ergothérapeute va s'intéresser aux habiletés qui regroupent les capacités nécessaires à la réalisation de la tâche. Il existe les habiletés motrices, opératoires, de communication et d'interaction.

Le devenir :

L'adaptation occupationnelle de la personne se forme à travers l'identité occupationnelle et à travers la réalisation de compétences dans son environnement. L'identité occupationnelle se définit par ce que la personne est et ce qu'elle souhaite devenir à travers son activité. La compétence occupationnelle est la capacité de la personne à mettre en place et à maintenir une routine d'occupations cohérente avec son identité occupationnelle.

L'environnement est une composante essentielle car l'individu agit dans un contexte donné. L'environnement comprend un aspect physique et social. Il offre à la personne des opportunités, des ressources, des demandes, des exigences et des contraintes. L'environnement influence donc la participation de la personne et peut être perçu comme un facilitateur ou un obstacle à l'activité.

Selon une étude (A.M Désiron, Donceel, de Rijk, & Van Hoof, 2013) s'intéressant aux modèles conceptuels qui prennent en compte le retour au travail pour une femme ayant un cancer du sein, différents modèles ont été sélectionnés. Parmi eux, nous retrouvons le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO), le modèle Personne - Environnement - Occupation – Performance (PEOP) et le modèle de l'occupation humaine (MOH). Le MOH semble être le modèle le plus approprié pour accompagner une personne atteinte de cancer dans un processus de réinsertion professionnelle. Effectivement, la personne est considérée comme un système dynamique, changeant qui interagit avec l'environnement. L'ergothérapeute quant-à-lui analyse l'environnement physique, social dans lequel se déroule l'occupation du patient. Cependant le MOH nécessiterait des adaptations, il n'est pas validé pour les personnes ayant un cancer et il ne traite pas du retour au travail.

C'est pour cela que nous avons décidé de nous appuyer sur ce modèle dans ce mémoire car il prend en compte l'évolution de la personne.

2.3.3 L'ergothérapie en oncologie

L'ergothérapie est à ce jour sous-utilisée dans le domaine de l'oncologie (Pergolotti, Williams, Campbell, Munoz, & Muss, 2016). L'ergothérapeute fonde sa pratique autour du patient afin d'améliorer sa santé, son bien-être et ses capacités fonctionnelles. Effectivement, nombre de personnes qui ont un cancer voient leur qualité de vie impactée et rencontrent des

limitations fonctionnelles. Ils rencontrent des limitations dans les activités de la vie quotidienne qui sont dues directement aux cancers ou aux séquelles des traitements. Différents obstacles ont été identifiés quant à la sous-utilisation de l'ergothérapie. Premièrement, les patients ou certains professionnels de santé, sont peu sensibilisés à l'ergothérapie, ils n'en connaissent donc pas les bienfaits et méconnaissent l'accessibilité à ces services. L'ergothérapeute peut agir entre autres sur les neuropathies périphériques qui sont induites par la chimiothérapie à travers la mise en place d'adaptations, d'aides techniques, des mises en situation pour la récupération fonctionnelle ainsi que des activités sensorielles. L'intervention de l'ergothérapeute pourrait permettre d'améliorer la satisfaction, la participation de la personne, sa douleur et sa santé mentale.

2.4 La réinsertion professionnelle

2.4.1 La réinsertion professionnelle après un cancer

D'après le Larousse, une profession se définit comme une activité rémunérée et régulière exercée pour gagner sa vie.

La réinsertion professionnelle est un processus qui permet à un individu de revenir sur le marché du travail après une période d'absence.

L'étude « La vie cinq ans après un diagnostic de cancer » (VICAN 5), regroupe 4174 personnes, âgées de 18 à 82 ans, pour lesquelles un diagnostic de cancer a été posé cinq ans avant le déroulement de l'étude. Cette enquête a permis de mettre en avant que 63,5% des personnes souffrent de séquelles dues au cancer ou aux traitements et que, parmi les personnes en emploi au moment de leur diagnostic, 20 % ne travaillent plus cinq ans après.

Selon l'étude, la perte de l'emploi concerne davantage les moins de 40 ans et les plus de 50 ans, les personnes les moins diplômées, qui ont peu d'expérience et qui ont un contrat de travail précaire. Les indépendants sont moins touchés que les salariés. Parmi les personnes qui avaient un emploi lors du diagnostic, 54,5 % ont gardé le même emploi, 17,4% ont changé d'emploi, 5,9% sont au chômage, 7,5% en invalidité et 13% à la retraite. (INCa, 2018)

Les survivants du cancer ont un risque 1,4 fois plus élevé de se retrouver au chômage. Les survivants considèrent le retour au travail comme une étape importante dans la transition de la maladie au retour à la vie normale. Cependant la mise en place de programmes de retour au travail est compliquée selon une étude portant sur 4 pays, la Belgique, les Pays Bas, l'Irlande et le Royaume-Uni. Un des facteurs limitants est la nécessité pour les intervenants de collaborer

à plusieurs niveaux : individuel, organisationnel et contextuel. Le contexte peut varier selon les différents pays européens et il est intéressant de se pencher sur les différentes pratiques afin de voir si des thématiques générales se dégagent (Tamminga, et al., 2018).

En Australie, les ergothérapeutes mènent des programmes de réinsertion professionnelle dans les hôpitaux publics pour des personnes ayant un cancer. Cependant, ces programmes sont également menés par des consultants en réadaptation professionnelle. Selon l'étude, le retour à l'emploi favorise le rétablissement social et engendre un sentiment de normalité pour les survivants au cancer (Sheppard, Frost, Jefford, O'Connor, & Halkett, 2019).

2.4.2 L'ergothérapie et la réinsertion professionnelle

Selon une étude (AM Désiron, De Rijk, Van Hoof, & Donceel, 2011), il est prouvé que les ergothérapeutes favorisent la réinsertion professionnelle. Cet article met en avant six études qui traitent de patients ayant différentes pathologies qui ont participé à des programmes de réinsertion professionnelle avec un ergothérapeute. L'objectif de l'ergothérapie dans des programmes de réadaptation est de permettre aux personnes de participer aux activités de la vie quotidienne qui ont du sens pour elles, comme le travail. L'ergothérapeute va agir sur la capacité d'engagement de la personne dans son activité professionnelle. Pour cela, il peut modifier l'occupation en elle-même ou l'environnement tout en prenant en compte la personne avec sa participation, ses performances et ses habiletés. L'ergothérapeute peut alors réaliser des évaluations, des entretiens, des observations ou encore des mises en situation en milieu écologique. Les interventions sont ensuite établies afin de faciliter les tâches quotidiennes et d'adapter les milieux dans lesquels la personne interagit. La réadaptation professionnelle est une méthode qui peut être utilisée lorsque l'objectif est le retour au travail ou de retrouver une certaine productivité. L'ergothérapeute met l'accent sur l'activité et la participation, c'est pour cela qu'il a sa place dans les programmes de réinsertion professionnelle.

De plus, Claudia Meier a écrit un article sur le potentiel de l'ergothérapie dans l'intégration professionnelle (Meier, 2020). L'ergothérapie présente de nombreuses compétences dans l'intégration professionnelle mais elle est peu développée. C'est pour cela que l'association suisse des ergothérapeutes (ASE) a décidé d'en faire une priorité. L'ergothérapeute présente des connaissances dans le domaine médical et peut donc faire la transition entre la phase médicale et la phase de réadaptation professionnelle. L'ergothérapeute peut recueillir des informations sur la personne, il peut analyser l'environnement de travail et réaliser des évaluations propres aux tâches. L'ergothérapeute doit tenir compte des aspects psychosociaux,

comportementaux et environnementaux en plus de ceux physiques et cognitifs. Tous ces facteurs influencent le processus de réadaptation professionnelle. L'intervention de l'ergothérapeute se divise en quatre parties : l'entraînement des fonctions corporelles, l'acquisition d'aptitudes, l'apprentissage de stratégies de compensation ainsi que l'éducation et le conseil. En réalisant une évaluation orientée vers l'occupation, des interventions en milieu écologique sur le lieu de travail et en intégrant les facteurs psychosociaux, l'ergothérapeute s'inscrit dans une démarche de complémentarité avec une approche holistique.

En Angleterre, l'ergothérapie a toute sa place dans la réinsertion professionnelle. Le Royal College of Occupational Therapy (RCOT), équivalent de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), considère que le domaine du travail est une des spécificités de l'ergothérapie. Il promeut donc la profession dans différents services afin de développer la pratique des ergothérapeutes dans la réinsertion professionnelle. Les ergothérapeutes sont intégrés dans différents services en lien avec la réinsertion professionnelle. Ce champ d'intervention pourrait être développé en France et permettrait de développer la profession (Warren, 2019).

2.4.3 L'ergothérapie et la réinsertion professionnelle après un cancer

Les programmes de réhabilitation pour les personnes ayant un cancer se concentrent majoritairement sur le rétablissement fonctionnel. Peu de programmes de réinsertion professionnelle existent. Des ergothérapeutes belges ont créé un programme de réinsertion professionnelle pour les femmes ayant un cancer du sein afin d'améliorer leur qualité de vie. Il est prouvé que l'intervention des ergothérapeutes permet d'augmenter et de favoriser la réinsertion professionnelle, cependant les facteurs qui y contribuent ne sont pas clairement identifiés (Desiron, De Rijk, & Vanhoof, 2014). La méthode utilisée est la cartographie d'intervention. Elle se décline en cinq axes :

- l'évaluation du travailleur, du travail et des facteurs contextuels qui peuvent avoir un impact sur la réinsertion,
- l'exploration d'adéquation ou d'inadéquation entre le travailleur et le précédent travail,
- la mise en place d'objectifs à court et long terme,
- la mise en place de moyens adaptés,
- la réalisation du plan d'action. (Desiron, Van Hoof, Godderis, & De Rijk, 2016)

2.5 Problématique

Effectivement, la survenue d'un cancer impacte la vie quotidienne des personnes avec une incidence directe sur l'activité professionnelle. En France, comme nous venons de le voir, l'intervention des ergothérapeutes est peu développée dans le domaine de la réinsertion professionnelle, cependant l'ergothérapie a fait ses preuves dans d'autres pays et pour d'autres pathologies. L'accompagnement d'un ergothérapeute semble judicieux auprès de cette population afin que les personnes atteintes de cancer puissent retrouver un équilibre occupationnel et une performance occupationnelle satisfaisants.

La question de recherche est : **Quels sont les déterminants qui amènent une personne ayant un Lymphome de Hodgkin à s'engager ou non dans un processus de réinsertion professionnelle ?**

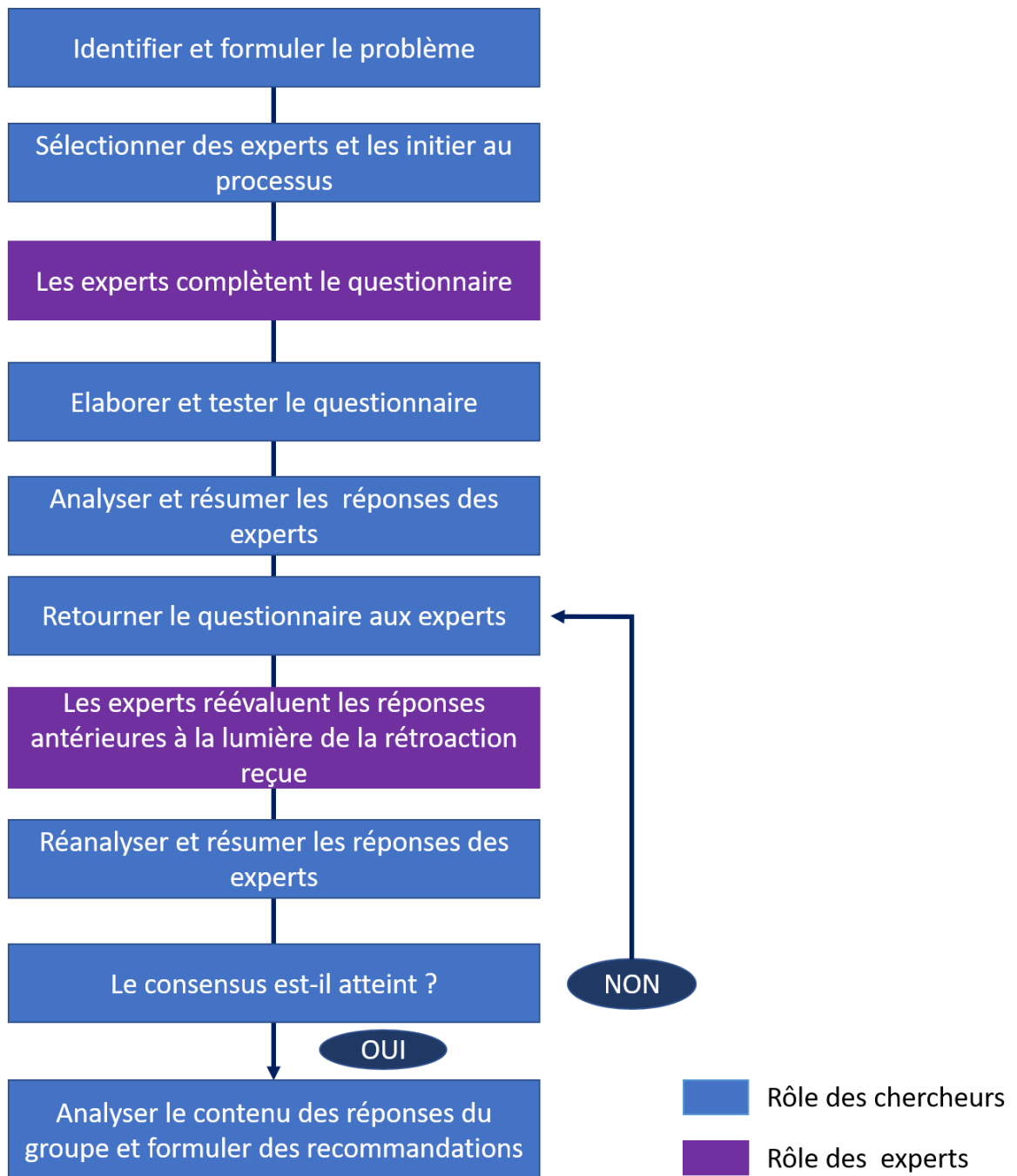
Premièrement, nous allons mettre en avant les déterminants du retour au travail pour les personnes ayant un lymphome de Hodgkin. Nous présenterons la méthode utilisée, les résultats obtenus ainsi que les biais de l'étude. Dans un second temps, nous aborderons à travers la discussion, les facteurs sur lesquels l'ergothérapeute peut agir afin de favoriser la réinsertion professionnelle d'une personne ayant un lymphome de Hodgkin.

3 Cadre expérimental

3.1 Méthode DELPHI

La méthode Delphi a été créée en 1950. Elle a pour objectif de mettre en avant les convergences d'opinions et d'obtenir un consensus sur un sujet précis. Il s'agit d'une méthode qualitative. Des questionnaires sont administrés à des experts de la thématique choisie. Une des étapes cruciales de la méthode Delphi est le choix des experts. Ils doivent avoir des connaissances sur le sujet, être légitimes face aux autres experts, être disponibles tout le long du processus et doivent être indépendants de toute pression commerciale, politique, etc. Les écrits recommandent dix à dix-huit experts. Les répondants sont anonymes et ne savent pas qui participe à l'étude. Le processus d'administration du questionnaire se déroule en trois étapes. Le premier tour consiste à administrer un questionnaire aux participants. Ensuite, les réponses sont analysées et un nouveau questionnaire est créé afin que les participants revoient les réponses. Ce processus est réitéré jusqu'à ce que les participants atteignent un consensus (Luckerhoff, Guillemette, & Baribeau, 2011) (Tétreault & Guillez, 2014).

Figure 3. Schéma résumant la méthode DELPHI



3.1.1 Sélection des experts

Pour notre enquête, nous avons décidé d'administrer deux méthodes Delphi, à deux groupes d'experts différents, afin de pouvoir comparer les points de vue. Pour cela, nous avons dû définir des critères d'inclusion pour les deux groupes.

Le premier questionnaire s'adressait à des patients ayant un lymphome de Hodgkin. Pour être incluse dans la méthode, ces personnes devaient être en activité professionnelle au moment du diagnostic et avoir arrêté celle-ci suite à l'annonce de la maladie. Également, elles devaient être en âge de pouvoir reprendre une activité professionnelle. Pour cela, nous nous sommes concentrés sur des patients suivis à l'IUCT Oncopole (Institut Universitaire du Cancer de Toulouse). Nous en avons contacté dix. Lors de l'administration du premier questionnaire, neuf personnes ont répondu.

Le second questionnaire était destiné à des hématologues qui suivaient des personnes ayant un lymphome de Hodgkin. Ces derniers sont considérés comme des experts concernant cette pathologie. Onze professionnels ont été contactés grâce aux réseaux du Dr. Virgile PINELLI, médecin de rééducation, et du Dr. Cécile BOREL, hématologue, tous deux exerçant à l'IUCT-Oncopole. Lors de l'administration du premier questionnaire, cinq réponses ont été recueillies. Le nombre de réponses ne permettant pas d'obtenir des résultats significatifs, nous avons décidé de ne pas analyser ces données.

Pour la suite et l'analyse des résultats, nous allons donc privilégier les résultats obtenus par les personnes ayant un lymphome de Hodgkin.

3.1.2 Déroulement de l'étude

Suite à l'accord des participants, un premier mail contenant le lien du questionnaire et l'explication de la méthode Delphi a été envoyé.

Les différents questionnaires ont été réalisés grâce à Google Forms qui est un logiciel d'administration d'enquête gratuit. Cet outil est simple d'utilisation et permet de créer des questionnaires facilement. Les participants avaient pour chaque questionnaire deux semaines pour répondre. Entre chaque questionnaire, une semaine était dédiée à l'analyse des réponses et à la préparation du prochain questionnaire. L'administration totale des trois tours de la méthode DELPHI s'est déroulée sur huit semaines. Les trois questionnaires étaient anonymes, les participants n'avaient donc pas accès aux réponses des autres.

3.1.3 Administration des questionnaires

La méthode DELPHI s'est déroulée en trois tours.

Le premier questionnaire comprenait des questions socio-démographiques afin de s'assurer que les participants rentraient bien dans les critères d'inclusion. La question de départ qui leur a été administrée est : Quels sont les déterminants qui amènent une personne ayant un Lymphome de Hodgkin à s'engager ou non dans un processus de réinsertion professionnelle ? A travers les déterminants sont considérés les facteurs favorisant et entravant le retour au travail. Les réponses ont été demandées sous forme de tiret afin d'identifier clairement les déterminants. Les réponses ont été analysées, reformulées et regroupées si nécessaire.

Lors du deuxième tour, les participants devaient donner leur niveau d'accord en fonction des déterminants obtenus au premier tour. Ce niveau d'accord a été recueilli via une échelle de Likert comprenant quatre réponses possibles : « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », « plutôt pas d'accord », « pas du tout d'accord ». Suite à cela, les réponses ayant obtenu un seuil de consensus supérieur à 80% ont été retenues.

Lors du troisième et dernier tour de l'enquête, les participants devaient donner leur niveau d'accord en répondant « oui » ou « non » en fonction des déterminants. Comme lors du deuxième tour, les déterminants ayant recueilli un seuil de consensus supérieur à 80% ont été retenus. A la fin du troisième tour, le consensus a donc été atteint autour de certains déterminants.

3.2 Analyse des résultats

3.2.1 Premier tour de la méthode DELPHI

Lors de ce premier tour, les experts ont répondu à la question ouverte suivante : « Quels sont les déterminants qui amènent une personne ayant un Lymphome de Hodgkin à s'engager ou non dans un processus de réinsertion professionnelle ? » Dix patients ont été contactés et neuf réponses ont été recueillies.

Trente déterminants ont été obtenus. Après analyse, certains ont été regroupés car ils étaient similaires et 20 déterminants ont été dégagés. Ces facteurs ont été classés selon la classification du MOH comprenant trois catégories : « l'être », « l'agir » et « le devenir ». La catégorie du

« devenir » n'a pas été utilisée car elle correspond à la reprise d'une activité professionnelle. Les déterminants qui ont été présentés au deuxième tour sont mis en avant dans le tableau ci-dessous. Nous pouvons remarquer que la majorité des déterminants de la catégorie « Être » concerne la volition de la personne qui traduit la motivation à agir sur l'environnement.

Figure 4. Déterminants obtenus après la reformulation du premier tour

Composantes du MOH	Facteurs favorisant la réinsertion professionnelle	Facteurs entravant la réinsertion professionnelle
ETRE	Désir de tourner la page et l'envie d'avancer	Désir de profiter de la vie ailleurs qu'au travail
	La détermination à retourner dans la vie active	
	L'envie de retrouver un rôle d'acteur et d'abandonner celui de patient	
	Le besoin de reprendre une activité	
	Le désir de retrouver une vie « normale »	
	Un besoin de resocialisation	
	Le fait d'être jeune est une force	
AGIR	L'envie de reprendre rapidement une activité en vue d'obtenir un diplôme	Le fait de proposer une activité à temps partiel est dur à accepter
	Les traitements sont administrés sur une courte période et permettent de quitter l'environnement hospitalier rapidement	La fatigue liée aux traitements
	Rester en contact avec son activité professionnelle permet de se réinsérer plus facilement	La perte musculaire liée aux traitements
	Le retour au travail est synonyme de « guérison »	La baisse d'énergie liée aux traitements
	Désir de stimuler le cerveau afin de limiter les pertes de mémoire	Les douleurs liées aux traitements
		Mise en place d'une distance sociale après avoir survécu au cancer
		Un affaiblissement du système immunitaire avec le fait d'être plus souvent malade

3.2.2 Deuxième tour de la méthode DELPHI

Lors du deuxième tour, les participants devaient donner leur niveau d'accord selon une échelle de Likert en quatre points allant de « tout à fait d'accord » à « pas du tout d'accord ». Le fait d'utiliser ce type d'échelle en quatre points est un choix stratégique car les personnes sont obligées de se prononcer et ne peuvent rester neutre. Les résultats obtenus sont présentés dans le tableau ci-dessous (pourcentage, score, écart-type). Quatorze déterminants ont été retenus et présentés lors du troisième tour.

Figure 5. Déterminants ayant reçu un seuil d'accord supérieur à 80%, présentation de la moyenne et de l'écart-type.

		Pourcentage >80%	Moyenne (sur 4)	Ecart- type
Facteurs favorisant la réinsertion professionnelle	Le désir de retrouver une vie « normale »	97	3.9	0.3
	La détermination à retourner dans la vie active	97	3.9	0.3
	Un besoin de resocialisation	94	3.8	0.4
	Le besoin de reprendre une activité	94	3.8	0.4
	L'envie de retrouver un rôle d'acteur et d'abandonner celui de patient	94	3.8	0.4
	Rester en contact avec son activité professionnelle permet de se réinsérer plus facilement	94	3.8	0.4
	Désir de tourner la page et l'envie d'avancer	91	3.6	0.7
	Désir de stimuler le cerveau afin de limiter les pertes de mémoire	91	3.6	0.7
	Le retour au travail est synonyme de « guérison »	88	3.5	0.5
Facteurs entravant la réinsertion professionnelle	La fatigue liée aux traitements	91	3.6	0.5
	Désir de profiter de la vie ailleurs qu'au travail	91	3.6	0.7
	La perte musculaire liée aux traitements	91	3.6	0.7
	La baisse d'énergie liée aux traitements	88	3.5	0.5
	Le fait de proposer une activité à temps partiel est dur à accepter	88	3.5	0.7

Dans le tableau ci-dessus sont présentés les déterminants ayant reçu un seuil d'accord supérieur à 80%. Effectivement, six déterminants ont été éliminés. Parmi eux nous retrouvons un déterminant classé dans la catégorie « Être » : « le fait d'être jeune est une force » et cinq autres dans la catégorie « Agir » du MOH : « l'envie de reprendre rapidement une activité en vue d'obtenir un diplôme », « les traitements sont administrés sur une courte période et permettent de quitter l'environnement hospitalier rapidement », « les douleurs liées aux traitements », « mise en place d'une distance sociale après avoir survécu au cancer » et « un affaiblissement du système immunitaire avec le fait d'être plus souvent malade ».

Chaque déterminant est présenté avec son pourcentage, la moyenne et l'écart-type. Plus la moyenne s'approche de 4, plus les experts sont « tout à fait d'accord » avec le facteur proposé. L'écart-type sert à mesurer l'étalement ou la dispersion autour de la moyenne. Plus il est proche de 0, plus les résultats sont proches de la moyenne et les résultats homogènes.

3.2.3 Troisième tour de la méthode DELPHI

Lors du troisième et dernier tour de la méthode DELPHI, les participants devaient donner leur niveau d'accord en répondant par « oui » ou « non ». Les résultats obtenus sont également présentés ci-dessous en fonction du pourcentage, de la moyenne et de l'écart-type. Treize déterminants ont obtenu un consensus avec un seuil supérieur à 80%.

Figure 6. Déterminants ayant obtenu un consensus (présentation du pourcentage, de la moyenne et de l'écart-type).

		Pourcentage >80%	Moyenne (sur 4)	Ecart- type
Facteurs favorisant la réinsertion professionnelle	Le désir de retrouver une vie « normale »	100	2	0
	Désir de tourner la page et l'envie d'avancer	100	2	0
	L'envie de retrouver un rôle d'acteur et d'abandonner celui de patient	100	2	0
	La détermination à retourner dans la vie active	94	1.9	0.3
	Le besoin de reprendre une activité	94	1.9	0.3
	Un besoin de resocialisation	94	1.9	0.3
	Rester en contact avec son activité professionnelle permet de se réinsérer plus facilement	94	1.9	0.3
	Désir de stimuler le cerveau afin de limiter les pertes de mémoire	94	1.9	0.3
	Le retour au travail est synonyme de « guérison »	81	1.6	0.5
Facteurs entravant la réinsertion professionnelle	Désir de profiter de la vie ailleurs qu'au travail	100	2	0
	Le fait de proposer une activité à temps partiel est dur à accepter	100	2	0
	La fatigue liée aux traitements	87	1.8	0.4
	La baisse d'énergie liée aux traitements	81	1.6	0.5

A la suite du troisième tour, un déterminant n'a pas été retenu : « la perte musculaire liée aux traitements ». Treize déterminants ont obtenu un seuil de consensus supérieur à 80%. Cinq facteurs ont reçu un consensus à 100% : « l'envie de retrouver un rôle d'acteur et d'abandonner celui de patient », « le désir de retrouver une vie « normale » », « désir de profiter de la vie ailleurs qu'au travail » et « le fait de proposer une activité à temps partiel est dur à accepter ».

3.3 Limites de l'étude

Dans cette dernière partie, nous allons vous présenter les limites de la méthode DELPHI.

Effectivement, nous avons décidé d'utiliser cette méthode qui permet d'obtenir un consensus d'experts. Pour cela, nous avons dû commencer par sélectionner des experts. Nous voulions au début de l'étude, réaliser deux méthodes DELPHI auprès de deux publics différents, celui réalisé auprès des professionnels n'a pu être analysé. Onze experts ont été contactés et seulement cinq d'entre eux ont répondu à l'étude. Nous avons tout de même décidé de mener le DELPHI à bout mais les résultats n'étant pas significatifs, ils n'ont pas été analysés. Il a donc été difficile de sélectionner des experts et d'obtenir leur adhésion, sachant que cette méthode nécessite un engagement sur plusieurs semaines car trois questionnaires sont à remplir.

Le DELPHI auprès des patients a pu être analysé car il a obtenu 10 réponses positives et les participants ont été assidus tout au long de la méthode. Une des difficultés a été de sélectionner les experts, il a été nécessaire de solliciter le réseau d'une hématologue de l'IUCT Oncopole. Plusieurs mails ont été échangés avec les experts afin de nous assurer qu'ils remplissaient les critères d'inclusion.

L'adhésion à la méthode peut s'expliquer par le bénéfice que le participant espère en retirer. Par exemple, les patients contactés ont tous montré un vif intérêt pour l'étude et semblaient enthousiastes car ils se sentaient concernés par l'étude.

Il a donc été difficile de solliciter les experts et de maintenir leur intérêt et leur adhésion au cours des deux mois et demi du déroulement de l'étude. Plusieurs mails de rappel ont dû être envoyés aux participants lors des différents tours de la méthode.

4 Discussion

A travers cette méthode DELPHI, nous avons exposé les facteurs influençant la réinsertion professionnelle pour les personnes ayant un lymphome de Hodgkin. De plus, nous cherchons à mettre en avant le rôle de l'ergothérapeute et à identifier sur quels déterminants il peut intervenir pour accompagner cette population dans cette démarche de retour au travail.

En ce qui concerne les facteurs favorisant la réinsertion professionnelle, trois facteurs ont obtenu un consensus total (100%). Ces déterminants sont en lien avec la volition de la personne et se réfèrent à la catégorie « être » du MOH. Effectivement, nous retrouvons : « le désir de retrouver une vie normale », « le désir de tourner la page et l'envie d'avancer » et « l'envie de retrouver un rôle d'acteur et d'abandonner celui de patient ». Ces trois composantes vont être motrices pour les patients dans le processus de retrouver une activité professionnelle. L'ergothérapeute pourra s'appuyer sur cette motivation afin d'accompagner le patient dans cette démarche de retour au travail. Il peut réaliser des entretiens afin de créer une alliance thérapeutique avec le patient. Il peut également réaliser des bilans qui évaluent la motricité, les fonctions cognitives, la douleur, la fatigue mais aussi l'environnement dans lequel évolue le patient. Cela peut concerner le lieu de travail, il peut effectuer une analyse de l'environnement dans le but de préconiser des aménagements qui limiteraient ou supprimeraient les situations de handicap.

Afin d'évaluer les capacités fonctionnelles appliquées au monde du travail, une méthode d'évaluation nommée Ergo-Kit® peut être réalisée. Elle a une application globale concernant les handicaps physiques. La passation de ce bilan nécessite une rencontre préalable avec un médecin du travail. Il est administré par des ergothérapeutes D.E. accrédités à son utilisation. Un premier temps est dédié aux exigences du poste de travail occupé, avec un questionnaire à remplir par le patient, un entretien et l'analyse des données qui va permettre de sélectionner les tests adéquats. Dans un deuxième temps, les capacités fonctionnelles sont évaluées à travers différents tests standardisés qui évaluent la dextérité, la posture, le port de charge, la force isométrique, l'équilibre, etc. Cette évaluation est regroupée en 55 tests qui vont être sélectionnés en fonction du patient. La dernière étape est la restitution des résultats et les préconisations. La durée d'évaluation varie de 8 à 12 heures selon les profils.

L'ergothérapeute va évaluer la ou les situations de handicap en analysant les facteurs personnels, environnementaux et les habitudes de vie de la personne. L'approche de

L'ergothérapeute est basée sur l'expérimentation, l'évaluation, l'éducation et le conseil au patient afin de placer ce dernier au cœur de la démarche de réadaptation (Guegan-Forget, Guigourese, Couanon, & Lemonnier, 2019). Il pourra ainsi amener le patient vers un processus de changement et il pourra aborder le « devenir » qui traite des adaptations dans les activités. Pour cela, la motivation sera un des leviers principaux pour favoriser la réinsertion professionnelle. Afin d'évaluer la motivation de la personne qui est définie par le concept de volition dans le MOH, l'ergothérapeute peut utiliser le Volitional Questionnaire (VQ). Il s'agit d'un outil d'observation à la tâche. La volition correspond à l'effort que la personne va déployer à réaliser une activité, ses valeurs, de la perception de son propre sentiment de compétence et d'efficacité ainsi que ses intérêts. La motivation est appréciée à travers 14 comportements observables auxquels s'ajoute une description de l'environnement dans lequel se déroule l'activité. Ces 14 items se positionnent au sein d'une échelle dynamique contenant l'exploration, la compétence et l'accomplissement. Une intervention spécifique peut donc être mise en place et orientée sur les besoins de la personne.

« La détermination à retourner dans la vie active », « le besoin de reprendre une activité » et « un besoin de resocialisation » traduisent une volonté d'échanges sociaux et l'envie de retrouver une occupation. Effectivement, l'activité professionnelle est souvent source d'émancipation pour les personnes. Elle participe à l'équilibre personnel, familial, social ainsi qu'à l'autonomie financière. Lorsque l'activité professionnelle doit être stoppée, ce sont toutes ces sphères qui sont touchées. L'ergothérapeute avec sa vision globale peut mettre la personne en situation dans les lieux où elle rencontre des limitations d'activité. A la suite de ses observations et analyses, il va amener la personne à trouver ses propres solutions.

L'ergothérapeute a un rôle de coordinateur, il fait le lien entre le patient, l'employeur et tous les intervenants (oncologue, médecin du travail, famille, ergonomes, etc.). Il peut également mettre en lien la personne avec des associations afin qu'elle puisse maintenir ou retrouver un rôle social.

Le fait que le patient soit « resté en contact avec son activité professionnelle permet de se réinsérer plus facilement ». Le lien peut être plus facilement établi et l'employeur peut suivre l'évolution de son employé. L'employeur est acteur majeur dans la réinsertion professionnelle. Ce dernier va mettre en place les aménagements et les adaptations et permettra de faire du lien avec le monde du travail. Il va, à travers des ajustements ou modifications du poste de travail, restaurer la productivité et la qualité de vie de la personne.

Selon les patients, « le désir de stimuler le cerveau pour limiter les pertes de mémoire » est important. Pour cela, ils souhaitent retrouver une activité professionnelle rapidement car « le retour au travail est synonyme de guérison ». Effectivement, l'ergothérapeute peut proposer des exercices ou des mises en situation afin de stimuler les fonctions cognitives. Il peut recréer la tâche que la personne doit effectuer afin de l'entraîner à reprendre son travail. Il est important d'accompagner le patient dans ce cheminement afin que le retour au travail se déroule dans les meilleures conditions possibles.

Les patients ont également mis en avant des facteurs entravant le retour au travail. Parmi eux, nous retrouvons « le désir de profiter de la vie ailleurs qu'au travail ». L'ergothérapeute peut alors proposer des aménagements qui faciliteraient la tâche à réaliser afin que la personne travaille dans des conditions optimales et avec moins de pénibilité. Il peut en échangeant avec le patient lui demander s'il a une envie particulière concernant une réorientation professionnelle par exemple. De plus, il peut amener le patient à réaliser des activités signifiantes, c'est-à-dire des activités qui ont du sens pour lui comme les loisirs.

Pour certaines personnes, la proposition de reprendre une activité professionnelle à temps partiel peut être une bonne solution. Seulement, pour d'autres, « le fait de proposer une activité à temps partiel est dur à accepter » car cela peut les renvoyer à leur maladie, à un sentiment d'incapacité. Ecouter le patient et construire le projet avec lui est donc primordial.

Enfin, des limitations physiques sont mises en avant : « la fatigue liée aux traitements » et « la baisse d'énergie liée aux traitements ». Effectivement, une étude a montré que la toxicité du traitement interférait négativement avec le retour au travail (Razavi, et al., 1993). L'ergothérapeute peut proposer des programmes de réentraînement adaptés à chaque personne afin que cette dernière puisse appréhender le retour au travail et être préparée au mieux. Des mises en situation en milieu écologique sur le lieu de travail peuvent être réalisées et cela permettra à la personne de se projeter dans le futur et de voir les difficultés réelles qu'elle pourrait rencontrer.

En parallèle, nous souhaitons réaliser une méthode DELPHI auprès des professionnels afin de comparer les déterminants obtenus par les professionnels et ceux obtenus par les patients. Le faible nombre de réponses recueillies par les professionnels ne permet pas d'exploiter des résultats significatifs. Cependant, 14 déterminants ont obtenu un consensus, parmi eux nous retrouvons 8 facteurs entravant et 6 facteurs favorisant le retour au travail contre respectivement 4 et 9 pour les patients. Également, 8 des déterminants obtenus concernent les séquelles dues

aux traitements ou au cancer. Les hématologues, contrairement aux patients ont mis l'accent sur les freins du retour au travail. Cela peut s'expliquer par le fait que les hématologues prescrivent les traitements et sont confrontés aux effets secondaires des patients. De plus, ils n'accompagnent pas le patient lors de la reprise du travail à proprement parlé et ne savent donc pas comment cela se passe sur le terrain. De ce fait, ils ne peuvent pas orienter la personne vers un professionnel habilité et qui pourrait aider la personne dans le processus de réinsertion professionnelle. La communication et le travail en pluridisciplinarité semble donc important. En effet, les facteurs traitant de la volition concernent directement les patients qui ont vécu cette situation d'arrêt de travail, ils sont donc davantage à même de les exprimer. Pour cela, nous pensons qu'il est primordial de placer la personne au centre de la prise en soin afin de mettre en avant les leviers pour favoriser la réinsertion professionnelle.

5 Conclusion

L'intervention de l'ergothérapeute auprès des personnes souffrant d'un cancer est encore trop peu développée. Cependant, l'évolution des pratiques tend vers une prise en charge globale de la personne (INCa, s.d.). L'ergothérapie reste encore absente dans certain champ d'action, notamment celui de la réinsertion professionnelle en oncologie. C'est pour cela que nous avons mêlé ces deux sujets afin d'identifier le rôle de l'ergothérapeute dans la réinsertion professionnelle pour les personnes ayant un lymphome de Hodgkin. Effectivement, ce cancer touche principalement des personnes jeunes qui ont une activité professionnelle. Les séquelles auxquelles ils sont confrontés impactent leur vie quotidienne et notamment la sphère professionnelle.

De ce mémoire a émergé une problématique : Quels sont les déterminants qui amènent une personne ayant un Lymphome de Hodgkin à s'engager ou non dans un processus de réinsertion professionnelle ?

Pour répondre à ce questionnement, nous avons décidé d'utiliser une méthode DELPHI qui permet d'obtenir un consensus d'experts. Ici les experts étaient des personnes ayant un lymphome de Hodgkin qui avaient cessé leur activité professionnelle. Cette enquête nous a donc permis de mettre en avant les déterminants du retour au travail que nous avons classés selon la classification du MOH. Nous avons ensuite mis en lien ces facteurs avec le rôle de l'ergothérapeute. L'objectif était de voir sur quels facteurs l'ergothérapeute pouvait intervenir afin de favoriser la réinsertion professionnelle. Effectivement, l'ergothérapeute peut agir au moment du diagnostic jusqu'à la préconisation d'aménagements. Comme nous avons pu le voir, le facteur motivationnel avec l'envie de reprendre le travail prend une place importante dans le processus. Cependant, la présence de séquelles est présentée comme un frein. L'ergothérapeute s'appuiera sur la motivation de la personne afin de l'accompagner. Il pourra pour cela, évaluer les capacités de la personne, ses habitudes de vie, l'environnement pour proposer des préconisations et améliorer le bien-être ainsi que la productivité au travail. Il pourra également intervenir afin de limiter l'impact des séquelles en proposant des programmes de réentraînement et/ou des aménagements du poste de travail.

Afin d'élargir cette recherche et dans le but d'obtenir des résultats davantage significatifs, il serait intéressant d'inclure un plus grand nombre de personnes ayant un lymphome de

Hodgkin à l'échelle nationale. Dans cette étude, le rôle de l'ergothérapeute a été décrit auprès de personnes ayant un lymphome de Hodgkin, cependant, il pourrait être élargi à tous les cancers. Dans la majorité des cancers, les activités des personnes sont impactées, l'ergothérapeute peut donc intervenir auprès de ces populations.

L'ergothérapie étant peu développée dans le domaine de la réinsertion professionnelle et de l'oncologie, il nous semblait judicieux de mettre en avant le rôle de l'ergothérapeute afin de faire émerger de nouveaux champs d'action et de nouvelles pratiques. Effectivement, l'ergothérapeute centre sa pratique sur la personne, l'environnement et l'activité. Son rôle est de permettre l'accès aux activités que les individus veulent ou doivent faire de manière sécurisée, autonome, indépendante et efficace. Il semble donc avoir toute sa place dans des programmes de réinsertion professionnelle. Il serait intéressant de créer des programmes autour de cette thématique pour les personnes ayant un cancer et d'en étudier l'impact afin de prouver l'efficacité de l'action de l'ergothérapeute.

6 Bibliographie

- A.M Désiron, H., Donceel, P., de Rijk, A., & Van Hoof, E. (2013, Février 20). A conceptual practice model for occupational therapy to facilitate return to work in breast cancer patients. *Journal of occupational rehabilitation*, pp. 516-526.
- AM Désiron, H., De Rijk, A., Van Hoof, E., & Donceel, P. (2011). Occupational therapy and return to work : a systematic literature review. *BMC Public Health*, 1-14.
- ANFE. (2019, Février 1). *Association nationale française des ergothérapeutes*. Récupéré sur anfe.fr: <https://www.anfe.fr/definition>
- Association Francophone des Soins Oncologiques de Support. (s.d.). *les soins de support*. Récupéré sur afsos.org: <https://www.afsos.org/les-soins-de-support/mieux-vivre-cancer/>
- Barnay, T., Ali Ben Halima, M., Duguet, E., Lanfranchi, J., & Le Clainche, C. (2015). La survenue du cancer : effets de court et moyen termes sur l'emploi, le chômage et les arrêts maladie. *Economie et Statistique*, pp. 157-186.
- Barnay, T., Ali Ben Halima, M., Duguet, E., Lanfranchi, J., Le Clainche, C., Regaert, C., & Sermet, C. (2018, Décembre). L'effet des cancers sur la trajectoire professionnelle. *Questions d'économie de la santé*, pp. 1-6.
- Brousseau, M., Caire, J.-M., Castelein, P., Doussin-Antzer, A., Ferland, F., Gauthier, A., . . . Sorita, E. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Centre de Réadaptation de Mulhouse. (2014, Juin). *Ergo-Kit*. Récupéré sur handipacte-grandest: <https://www.handipacte-grandest.fr/images/acteurslocaux/crmergokit.pdf>
- De Las Heras, C., Geist, R., Kielhofner, G., & Li, Y. (2007). *Volitional Questionnaire*. Récupéré sur Université Laval: <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/vq/>
- Desiron, H., De Rijk, A., & Vanhoof, E. (2014). *Restoring quality of life for breast cancer survivors : return to work, a challenge for occupational therapist*.
- Desiron, H., Van Hoof, E., Godderis, L., & De Rijk, A. (2016). Bridging Health Care and the Workplace: Formulation of a Return-to-Work Intervention for Breast Cancer Patients Using an Intervention Mapping Approach . *Journal of Occupational Rehabilitation* .

- Fondation contre le cancer. (2016, Novembre 9). *Fondation contre le cancer*. Récupéré sur cancer.be: <https://www.cancer.be/le-cancer/quest-ce-que-le-cancer>
- Fondation contre le cancer. (2018, Juin 04). *Fondation contre le cancer*. Récupéré sur cancer.be: <https://www.cancer.be/le-cancer/comment-se-forme-une-tumeur>
- Gravel-Lemieux, F. (s.d.). *Ergothérapie auprès des survivants au cancer*.
- Guegan-Forget, C., Guigourese, J., Couanon, T., & Lemonnier, M. (2019). Favoriser le maintien en emploi : pertinence d'une collaboration ergonomes - ergothérapeutes. *ErgOTHérapies*, 74, pp. 23-32.
- Haute Autorité de Santé. (2007). *Prise en charge diagnostique des neuropathies périphériques (polyneuropathies et mononeuropathies multiples)*.
- INCa. (2015, Janvier). *Le lymphome hodgkinien, qu'est ce que c'est?* Récupéré sur e-cancer: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Le-lymphome-hodgkinien/Le-lymphome-hodgkinien-points-cles>
- INCa. (2018). *La vie cinq après un diagnostic de cancer*.
- INCa. (2019, Juillet 03). *Données globales d'épidémiologie des cancers*. Récupéré sur e-cancer: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Donnees-globales>
- INCa. (2019, Mars 6). *Que sont les soins de support?* . Récupéré sur e-cancer: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Soins-de-support/Definition>
- INCa. (s.d.). *Classification des lymphomes hodgkiniens*. Récupéré sur e-cancer.fr: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Le-lymphome-hodgkinien/Classification-des-lymphomes-hodgkiniens>
- INCa. (s.d.). *Les Plans Cancer-Stratégie de lutte contre les cancers en France*. Récupéré sur e-cancer: <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer>
- INCa, France Lymphome Espoir. (2015, Janvier). *Comprendre le lymphome Hodgkinien*. Récupéré sur <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Comprendre-le-lymphome-hodgkinien>
- Klasuwa Mbengl, R., Otter, R., Abath, E., Goetghebeur, E., Bouland, C., & de Brouwer, C. (2018). Utilisation de l'échantillon permanent pour l'étude du retour au travail après cancer. Défis et opportunités pour la recherche . *Revue médicale de Bruxelles*, 78-86.

- Le Guyader-Peyrou, S., Defossez, G., Dantony, E., Mounier, M., Cornet, E., Uhry, Z., . . . Monnereau, A. (2019). *Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018*.
- LeCancer.fr. (s.d.). *Les Soins de Support*. Récupéré sur lecancer.fr: <https://lecancer.fr/dossiers/le-traitement-du-cancer/les-traitements-complementaires/les-soins-de-support/>
- Luckerhoff, J., Guillemette, F., & Baribeau, C. (2011). Entretiens de groupe : concepts, usages et ancrages II. *Recherches qualitatives*, 168-189.
- Meier, C. (2020, Février). Un potentiel non identifié? L'ergothérapie dans l'intégration professionnelle. *Ergothérapie*, pp. 10-13.
- Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. (2005). *Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005*.
- Mollé, A., & Giffaut, H. (s.d.). *Ergo-Kit*. Récupéré sur Ergothérapie-PARTAGES: <https://www.ergotherapie-partages.com/evaluation/ergo-kit/>
- OMS. (2018, Septembre 12). *Organisation Mondiale de la Santé*. Récupéré sur who.int: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Pergolotti, M., Williams, G., Campbell, C., Munoz, L., & Muss, H. (2016, Février 10). Occupational therapy for adults with cancer : why it matters. *The Oncologist*, pp. 314-319. doi:10.1634/theoncologist.2015-0335
- Porro, B. (2018). *Identification des principaux freins et leviers du retour à l'emploi, dans l'année suivant le début des traitements de cancer du sein : quels apports des variables psychosociales? Une étude longitudinale et prospective en psychologie de la santé*. Montpellier.
- Razavi, D., Delvaux, N., Brédart, A., Autier, P., Bron, D., Debusscher, L., & Stryckmans, P. (1993, Février). Professional rehabilitation of lymphoma patients : a study of psychosocial factors associated with return ro work . *Support Care Cancer*, pp. 276-278.
- Sheppard, D., Frost, D., Jefford, M., O'Connor, M., & Halkett, G. (2019). Building a novel occupational rehabilitation program to support cancer survivors to return to health, wellness, and work in Australia. *Journal of cancer survivorship*, 31-35. doi:<https://doi.org/10.1007/s11764-019-00824-3>

- Sloane, S., Scheidell, A., & Loesche, S. (2019, Octobre). *Thomas Jefferson University* .
Récupéré sur <https://jdc.jefferson.edu/jscpsposters/1/>
- Tamminga, S., Braspenning, A., Haste, A., Sharp, L., Frings-Dresen, M., & De Boer, A. (2018).
Barriers to and Facilitators of Implementing Programs for Return to Work (RTW) of
Cancer Survivors in Four European Countries: A Qualitative Study. *Journal of
Occupational Rehabilitation* 29, 550-559. doi:<https://doi.org/10.1007/s10926-018-9818-2>
- Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De Boeck
supérieur.
- Warren, S. (2019, Juillet). Le retour de l'ergothérapie dans la réinsertion professionnelle en
Angleterre : un modèle possible en France? . *ErgOThérapies*, 74, pp. 41-46.

Annexes

Table des annexes

ANNEXE I : PREMIERE CONSULTATION DE LA METHODE DELPHI.....I

ANNEXE II : DEUXIEME CONSULTATION DE LA METHODE DELPHI.....V

ANNEXE III : TROISIEME CONSULTATION DE LA METHODE DELPHI.....IX

ANNEXE I : PREMIERE CONSULTATION DE LA METHODE DELPHI

Questionnaire 1 : Lymphome de Hodgkin

*Obligatoire

Questions sociodémographiques

A combien de temps êtes vous du diagnostic? *

Sélectionner ▼

De quel type de traitement avez vous bénéficié? *

Votre réponse

Combien de temps après le diagnostic avez-vous arrêté de travailler? *

Sélectionner ▼

Avez-vous repris le travail ? *

Oui

Non

Si oui, est-ce le même qu'avant le diagnostic ?

Oui

Non

Quelle était votre profession? *

Votre réponse

Quel était votre statut professionnel? *

- Salarié
- Libéral
- Artisan
- Apprenti
- Auteur
- Commerçant
- Exploitant agricole
- Fonctionnaire
- Intérimaire
- Intermittent du spectacle
- Pigiste
- Saisonnier
- Travailleur indépendant
- Travailleur intermittent

Quel était le type de contrat ? *

- CDI
- CDD
- Intérimaire

[Retour](#)

[Suivant](#)

Déterminants

Selon vous, quels sont les déterminants (facteurs favorisant ou entravant le retour au travail) qui amènent une personne ayant un Lymphome de Hodgkin à s'engager ou non dans un processus de réinsertion professionnelle ? (réponse attendue sous forme de tirets) *

Votre réponse

ANNEXE II : DEUXIEME CONSULTATION DE LA METHODE DELPHI

Questionnaire 2 : Lymphome de Hodgkin

Bonjour,

Je vous remercie d'avoir répondu au premier tour de l'enquête sur les déterminants du retour au travail. Dans la continuité de la méthode Delphi qui vise à obtenir un consensus d'experts, je vous invite à répondre au second tour de cette enquête.

Les réponses du premier tour ont été analysées et des affirmations ont été retenues. Pour chacune d'entre elles, vous donnerez votre niveau d'accord selon une échelle de Likert.

Merci d'y répondre avant le 14 Mars 2021.

Les données seront analysées et je reviendrai vers vous pour le dernier tour.

Merci encore de l'intérêt que vous portez à mon étude.

Lisa SALINIER

***Obligatoire**

Donnez votre niveau d'accord selon les affirmations suivantes : *

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Désir de tourner la page et l'envie d'avancer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

La détermination à retourner dans la vie active	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'envie de retrouver un rôle d'acteur et d'abandonner celui de patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le besoin de reprendre une activité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le désir de retrouver une vie « normale »	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un besoin de resocialisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le fait d'être jeune est une force	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Désir de profiter de la vie ailleurs qu'au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

L'envie de reprendre rapidement une activité en vue d'obtenir un diplôme

Les traitements sont administrés sur une courte période et permettent de quitter l'environnement hospitalier rapidement

Rester en contact avec son activité professionnelle permet de se réinsérer plus facilement

Le retour au travail est synonyme de « guérison »

Désir de stimuler le cerveau afin de limiter les pertes de mémoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le fait de proposer une activité à temps partiel est dur à accepter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La fatigue liée aux traitements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La perte musculaire liée aux traitements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La baisse d'énergie liée aux traitements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les douleurs liées aux traitements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mise en place d'une distance sociale après avoir survécu au cancer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un affaiblissement du système immunitaire avec le fait d'être plus souvent malade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANNEXE III : TROISIEME CONSULTATION DE LA METHODE DELPHI

Questionnaire 3 : Lymphome de Hodgkin

Bonjour,

Je vous remercie d'avoir répondu aux deux premiers tours de l'enquête sur les déterminants du retour au travail. Dans la continuité de la méthode Delphi qui vise à obtenir un consensus d'experts, je vous invite à répondre au dernier tour de cette enquête.

Les réponses du deuxième tour ont été analysées et les affirmations recueillant le plus d'avis favorables ont été retenues. Pour celles-ci, vous donnerez votre niveau d'accord en indiquant "oui" ou "non". Merci d'y répondre avant le 4 Avril 2021.

Merci encore de l'intérêt que vous portez à mon étude.

Lisa SALINIER

***Obligatoire**

Selon vous ces déterminants amènent-ils une personne ayant un lymphome de Hodgkin à s'engager ou non dans un processus de réinsertion professionnelle ? *

	OUI	NON
Désir de tourner la page et l'envie d'avancer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La détermination à retourner dans la vie active	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

L'envie de retrouver un rôle d'acteur et d'abandonner celui de patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le besoin de reprendre une activité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le désir de retrouver une vie « normale »	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un besoin de resocialisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rester en contact avec son activité professionnelle permet de se réinsérer plus facilement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le retour au travail est synonyme de « guérison »	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Désir de stimuler le cerveau afin de limiter les pertes de mémoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Désir de profiter de la vie ailleurs qu'au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le fait de proposer une activité à temps partiel est dur à accepter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La fatigue liée aux traitements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La perte musculaire liée aux traitements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La baisse d'énergie liée aux traitements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Titre : La place de l'ergothérapeute dans le parcours de réinsertion professionnelle d'une personne ayant un lymphome de Hodgkin

Résumé :

Introduction - Les cancers sont un véritable enjeu de santé publique car ils représentent en France la première cause de décès chez l'homme et la deuxième chez la femme. Le Lymphome de Hodgkin est un cancer du système lymphatique et représente 10 % de l'ensemble des lymphomes. Il touche majoritairement les jeunes adultes entre 20 et 30 ans. Les séquelles associées aux traitements et à la maladie impactent grandement la qualité de vie des personnes, notamment leur activité professionnelle. Une des préoccupations du dernier Plan Cancer est d'accorder une priorité au maintien et au retour dans l'emploi. **Objectifs** - L'objectif de cette étude est de mettre en exergue le rôle de l'ergothérapeute dans la réinsertion professionnelle pour une personne ayant un lymphome de Hodgkin. **Méthode** - Une méthode permettant d'obtenir un consensus d'experts, ici des personnes ayant un lymphome de Hodgkin, a été utilisée. Une question ouverte leur a été présentée, dans laquelle il leur était demandé de mettre en avant les déterminants du retour au travail. **Résultats** - Les experts ont déterminé des facteurs sur lesquels l'ergothérapeute peut s'appuyer afin de favoriser la réinsertion professionnelle. L'utilisation d'observations, d'évaluations, de mises en situation et d'aménagements permet une meilleure appréhension du retour au travail. **Conclusion** - L'activité professionnelle est une activité significative, de ce fait elle est importante pour les personnes. L'activité étant le domaine central de l'ergothérapie, l'ergothérapeute joue un rôle important dans la réinsertion professionnelle.

Mots-clés - ergothérapeute, lymphome de Hodgkin, réinsertion professionnelle, méthode Delphi.

Title : The role of the occupational therapist in vocational rehabilitation of a person with Hodgkin's lymphoma

Abstract :

Introduction - Cancers are a real public health issue because they are the leading cause of male death and the second leading cause of female death in France. Hodgkin's lymphoma is a cancer of the lymphatic system and represents 10% of all lymphomas. It affects mostly young adults between 20 and 30 years of age. The after-effects stemming from the treatments and the disease have a major impact on the patients' quality of life, including on their professional activity. One of the concerns of the last Cancer Plan is to grant priority to the maintaining of the patients at work or their returning to work. **Objectives** - The objective of this study is to shed light on the role of the occupational therapist in vocational rehabilitation for a person with Hodgkin's lymphoma. **Methods** - An expert consensus method was used with people with Hodgkin's lymphoma. They were presented with an open-ended question, in which they were asked to highlight the criteria to get back to work again. **Results** - The experts identified factors that occupational therapists can use to support vocational rehabilitation. The use of observations, assessments, role-playing and adjustments enables a better understanding of vocational rehabilitation. **Conclusion** - A professional activity is a meaningful activity and is therefore important for people. Since the activity is the core area of occupational therapy, the occupational therapist plays an important role in vocational rehabilitation.

Key words - occupational therapist, Hodgkin's lymphoma, vocational rehabilitation, Delphi method.

Lisa SALINIER