



Institut de Formation  
En Ergothérapie

- TOULOUSE -

# **L'évaluation fonctionnelle du chemobrain en ergothérapie et l'impact de la performance et de l'engagement occupationnels chez les femmes ayant un cancer du sein**

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

**Directrice de mémoire** : Clémence CHASSAN-MENON

Manon GIRAUD

Mai 2022

Promotion 2019-2022



## ENGAGEMENT ET AUTORISATION

Je soussignée Manon GIRAUD, 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 : 3 mai 2022

Signature de la candidate :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Giraud', with a horizontal line drawn through it.

## 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

Mes remerciements s'adressent spécialement à vous, Clémence Chassan-Menon, directrice de mon mémoire, pour votre soutien sans faille et vos conseils avisés qui ont permis de faire progresser ma réflexion. Mais également pour votre gentillesse et votre bienveillance, ainsi que pour votre disponibilité, votre implication et votre patience qui m'ont été indispensables au cours de la rédaction de ce travail.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique pour l'accompagnement de qualité tout au long de mes trois années d'études au sein de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. J'ai pu développer grâce à vos conseils, vos explications et vos ressources des savoirs qui me sont utiles tant sur le plan professionnel que personnel. Durant ces trois années d'études, je me suis sentie en confiance et soutenue par votre équipe pédagogique hors paire.

Mes remerciements s'adressent également à l'ensemble des professionnels interrogés pour le temps que vous m'avez consacré ainsi que pour la qualité de vos réponses. Je remercie également mes tuteurs de stage pour votre implication, pour votre partage d'expériences et pour le temps que vous m'avez accordé afin de répondre à mes demandes et interrogations. Vous m'avez permis d'être la future ergothérapeute que je m'appête à devenir.

Je voudrais ensuite remercier l'ensemble de ma promotion 2019-2022 pour votre soutien, votre solidarité et pour tout les bons moments passés ensemble et plus particulièrement Fanny, Marylou, Anaïs, Séraphine, Laura, Tristan, Domitille, Laura, Naty, les deux Lucie, Thomas et Alexandre pour cette amitié incroyable qui s'est construite. Mille mercis !

J'aimerais remercier l'ensemble de ma famille, et plus particulièrement mes parents et ma soeur Anaïs, ainsi que mes amis qui m'ont toujours soutenue dans mes différents projets, mais également pour vos précieux conseils et vos encouragements durant ces années d'études.

Finalement, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire de recherche.

# SOMMAIRE

<b>1. Introduction</b>	<b>1</b>
<b>2. Partie théorique</b>	<b>2</b>
2.1 Le cancer et les troubles cognitifs	2
2.1.1 Le cancer	2
2.1.2 Le cancer du sein	2
2.1.3 La chimiothérapie	4
2.1.4 Le chemobrain	4
2.1.5 Les fonctions cognitives	6
2.1.6 L'impact psychologique	7
2.1.6.1 L'impact psychologique dans le cadre d'un cancer	7
2.1.6.2 L'impact de la dépression sur les fonctions cognitives	9
2.1.7 Les causes multifactorielles à l'origine de troubles cognitifs	9
2.1.8 L'impact du chemobrain dans les activités de vie quotidienne	10
2.2 Evaluations cognitives interdisciplinaires	11
2.2.1 Ergothérapie en oncologie	11
2.2.2 L'évaluation écologique en ergothérapie	12
2.2.2.1 Assessment of Motor and Process Skills	13
2.2.2.2 Evaluation des Fonctions Exécutives en Ergothérapie	15
2.2.3 L'évaluation du chemobrain en neuropsychologie	16
2.2.4 L'interdisciplinarité et les soins oncologiques de support	17
2.2.5 Complémentarité des professions dans l'évaluation du chemobrain	18
2.3 Le Modèle Australien de la Performance Occupationnelle et PRPP	19
2.3.1 Le Modèle Australien de la Performance Occupationnelle	19
2.3.2 Evaluation de la performance occupationnelle : PRPP	21
2.3.2.1 L'objectif du PRPP	21

2.3.2.2 Les avantages du PRPP	21
2.3.2.3. Les qualités psychométriques du PRPP	23
2.3.2.4 Passation du PRPP	23
<b>3. Question de recherche et hypothèse</b>	<b>24</b>
<b>4. Partie expérimentale</b>	<b>24</b>
4.1 Pré-enquête	24
4.1.1 Objectif de la pré-enquête	24
4.1.2 Méthodologie	25
4.1.3 Analyse et résultat	25
4.2. Méthodologie de l'enquête	26
4.2.1 Objectif de l'enquête	26
2.2 Sélection des participants	27
4.2.3 Choix de l'outil	27
4.2.3.1 Argumentation de l'outil	27
4.2.3.2 Construction de l'outil	28
4.2.3.3. Organisation et réalisation des entretiens semi-structurés	29
4.3. Résultats et analyses des données	29
4.3.1 Présentation des participants	29
4.3.2 Analyse du contenu des entretiens	30
4.3.2.1 Evaluations des troubles cognitifs de façon littérale et de façon écologique	30
4.3.2.2 PRPP	32
4.3.2.3 L'interdisciplinarité vis-à-vis des troubles cognitifs	34
<b>5. Discussion</b>	<b>35</b>
5.1. Interprétation des résultats	35
5.2. Limites de la recherche	37

5.3. Projection professionnelle	37
<b>6. Conclusion</b>	<b>38</b>
<b>7. Références</b>	<b>40</b>
<b>8. Annexes</b>	<b>53</b>



## **GLOSSAIRE**

- AFSOS : Association Francophone des Soins Oncologiques de Support.
- AMPS : Assessment of Motor and Process Skills.
- ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes.
- AIVQ : Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne.
- AVQ : Activités de base de la Vie Quotidienne.
- CANTO : CANcer TOxicities.
- CANTO-COG : CANcer TOxicities COGNition.
- CCT : Cognitive Competency Test.
- COWAT : Controlled Oral Word Association Test.
- DCC : Dossier Communicant en Cancérologie.
- DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.
- DSM V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V.
- EF2E : Evaluation des Fonctions Exécutives en Ergothérapie.
- EMAF : Evaluation Montréalaise des Activités Financières.
- Fondation ARC : Fondation pour la Recherche sur le Cancer.
- FACT-cog : Functional Assessment of Cancer Therapy-Cognitive Function.
- GRECO : Groupe de Réflexion sur les Evaluations Cognitives.
- GREC-ONCO : Batterie du Groupe de Réflexion sur les Evaluations Cognitives en ONCOlogie.
- ICCTF : International Cognition and Cancer Task Force.
- INCa : Institut National du Cancer.
- INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale.
- MOH : Modèle de l'Occupation Humaine.
- MOHOST : Model of Human Occupation Screening Tool.
- OCAIRS : Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale.
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
- OPM-A : Occupational Performance Model - Australia.
- OTAP : Occupational Therapy Assessment Package.
- OSA : Occupational Self-Assessment.
- PPAC : Programme Personnalisé de l'Après Cancer.
- PPS : Programme Personnalisé de Soins.

- PRPP : Perceive, Recall, Plan, Perform.
- RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire.
- TMT : Trail Making Test.
- HVLN-R : Hopkins Verbal Learning Test–Revised.
- WFOT : World Federation of Occupational Therapists.

## **1. Introduction**

Le cancer est la deuxième cause de décès au niveau mondial, faisant annuellement 10 millions de morts selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2022). Son incidence augmente perpétuellement. C'est pourquoi, le choix de mon sujet de mémoire s'est construit peu à peu sur ce thème qui m'intéressait particulièrement.

Les traitements utilisés pour ce type de pathologie présentent de nombreux effets secondaires qui altèrent la qualité de vie des personnes (Bacqué et Baillet, 2009). C'est pourquoi, en tant que future ergothérapeute, la qualité de vie est une de mes préoccupations majeures. Je me suis donc intéressée à un effet indésirable encore méconnu : les troubles cognitifs induits par la chimiothérapie. En effet, plusieurs études relatent les plaintes cognitives évoquées par des femmes atteintes de cancer du sein et traitées par chimiothérapie (Boykoff, Moieni et Subramanian, 2009 ; Taillia et al, 2015 ; Bompaire, Durand, Léger-Hardy, Psimaras et Ricard, 2017). L'évaluation des troubles cognitifs est en partie réalisée par les neuropsychologues. Cependant, les plaintes cognitives exprimées par les patientes sont peu objectivées par les évaluations en neuropsychologie (Le Fel et al, 2013 ; Duivon, Perrier, Desgranges et Griffard, 2018). Ainsi, je me suis questionnée sur la place de l'ergothérapeute dans l'évaluation fonctionnelle de ces derniers : **Comment un ergothérapeute peut-il évaluer les répercussions cognitives induites par la chimiothérapie chez les femmes ayant un cancer du sein avec un outil d'évaluation écologique en complémentarité avec les tests neuropsychologiques ?**

Le but de ce travail de recherche est de savoir si une évaluation fonctionnelle effectuée par un ergothérapeute, en complémentarité aux évaluations neuropsychologiques, serait adaptée pour comprendre le retentissement des troubles cognitifs induits par la chimiothérapie dans le quotidien de la personne. Tout d'abord, je commencerai avec une partie théorique sur le cancer et plus précisément le cancer du sein ainsi que le traitement par chimiothérapie et les effets secondaires qui peuvent en découler. Puis, je m'intéresserai à un modèle général en ergothérapie et à une évaluation en milieu écologique permettant de comprendre le retentissement des troubles cognitifs et de la performance occupationnelle dans le quotidien. Cela m'amènera à une problématique et à une hypothèse de recherche. L'objectif sera alors de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse. Pour ce faire, je vais réaliser une enquête. Celle-ci se composera de deux parties : premièrement la partie pré-exploratoire avec un entretien auprès d'un neuropsychologue et deuxièmement la partie exploratoire avec des entretiens auprès

d'ergothérapeutes. Puis, je réaliserai une analyse des entretiens pour valider ou invalider l'hypothèse de départ. Ce travail de recherche se conclura d'une synthèse des apports de ce travail de mémoire de recherche et des perspectives pour l'avenir.

## **2. Partie théorique**

### **2.1 Le cancer et les troubles cognitifs**

#### ***2.1.1 Le cancer***

Le cancer, est une pathologie impactant toutes les sphères de la vie de la personne que ce soit au niveau physique, professionnel, économique, social ou encore familial. Selon l'OMS (2022), le cancer est défini comme « *la multiplication rapide de cellules anormales à la croissance inhabituelle, qui peuvent ensuite envahir des parties voisines de l'organisme, puis migrer vers d'autres organes, formant ce qu'on appelle des métastases.* »

En France, chaque année, on estime que le cancer touche environ 382 000 nouveaux cas selon l'Institut National du Cancer (INCa, 2021). Le cancer de la prostate est le plus fréquent chez l'homme suivi du cancer du poumon et le cancer du colon et rectum. Chez la femme, le cancer du sein est prédominant, viennent ensuite le cancer du colon et rectum et du poumon. Le cancer est mortel pour environ 157 000 personnes (INCa, 2021) annuellement mais la mortalité diminue au fil des ans grâce à des techniques de dépistages précoces, à des traitements de plus en plus innovants et à de la prévention massive. Depuis une trentaine d'année, le nombre de nouveaux cas ne cesse d'augmenter s'expliquant par un vieillissement de la population et la croissance démographique. Pour qu'un cancer se déclare, deux types de facteurs sont à considérer : les facteurs extrinsèques liés à l'environnement et à la société et les facteurs intrinsèques liés à l'individu. Cette maladie est considérée comme chronique puisque trois millions de Français vivent avec. Ainsi, des séquelles peuvent perdurer en aval du cancer impactant la qualité de vie, l'autonomie et l'indépendance de ces personnes.

#### ***2.1.2 Le cancer du sein***

D'après Santé Publique France (2021), le cancer du sein est la première cause d'incidence et de mortalité chez la femme avec environ 60 000 nouveaux cas diagnostiqués chaque année et environ 12 000 décès par an. Il peut également toucher les hommes mais plus rarement, soit de l'ordre de 1% selon l'INCa (2021). Le cancer du sein fait partie des adénocarcinomes<sup>1</sup> et évolue en quatre stades. Le premier est défini comme la présence d'un amas de cellules de petite taille localisé à un endroit, contrairement au quatrième stade définit

---

<sup>1</sup> « Les cancers du sein sont des **adénocarcinomes**, c'est-à-dire qui se développent à partir des cellules épithéliales (= carcinome) de la glande mammaire (= adéno). » selon l'INCa (2013)

comme le fait que les cellules cancéreuses peuvent se disséminer à d'autres organes. Les stades deux et trois sont définis comme « intermédiaires ». La survie globale face au cancer du sein à cinq ans est en progression au fil des ans passant de 80% dans les années 1990 à 87% entre 2010 et 2015, tous stades confondus, selon e-cancer (2021). Ainsi, le nombre de cas augmente chaque année mais le taux de mortalité diminue. Cela s'explique notamment par une prévention secondaire grâce au dépistage du cancer du sein depuis 2004 permettant un diagnostic précoce ainsi que par l'amélioration des différents traitements. L'âge médian au moment du diagnostic est de 63 ans et celui du décès est de 74 ans selon la Fondation pour la recherche sur le cancer (Fondation ARC, 2021). Les facteurs de risques sont multiples et peuvent interagir entre eux. Ils sont développés en Annexe 1.

Le dépistage précoce est donc primordial et est le principal moyen de lutte contre la maladie. En France, un dépistage pour le cancer du sein est organisé pour les femmes entre 50 et 74 ans sous forme d'une mammographie dans un centre de radiologie à renouveler tous les deux ans. Il s'agit d'un examen gratuit (OMS, 2021). Si une anomalie est détectée, des examens complémentaires et plus particulièrement une biopsie est ensuite conseillée afin d'évaluer d'éventuelles cellules malignes. Un dépistage individuel est également conseillé pour les femmes âgées de moins de 50 ans avec une visite régulière chez son gynécologue ou chez son médecin traitant. De plus une palpation régulière est recommandée chez toutes les femmes pour détecter une éventuelle anomalie de façon précoce. Pour celles avec des antécédents familiaux, un suivi régulier est très important (Santé Publique France, 2019).

Après l'annonce du diagnostic, des traitements sont proposés pour traiter ce cancer. Il existe pour les stades localisés de cancer du sein la chirurgie mammaire conservatrice (tumorectomie) pour les lésions de petite taille ou non conservatrice (mastectomie) pour l'ablation complète du sein atteint. La chirurgie peut être accompagnée de l'exérèse<sup>2</sup> d'un ganglion sentinelle ou d'un curage axillaire<sup>3</sup> pour examiner la présence de cellules tumorales (Fondation ARC, 2021). De plus, peut être réalisé en situation néoadjuvante ou adjuvante, un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, et/ou hormonothérapie selon l'INCa (2013). Puis, pour les cancers du sein métastatiques, la chirurgie n'est pas systématique, le prise en charge porte davantage sur des traitements médicamenteux englobant la chimiothérapie, les

---

<sup>2</sup> « On appelle **exérèse du ganglion sentinelle** l'intervention qui consiste à enlever le ou les premiers ganglion(s) lymphatique(s) de l'aisselle le(s) plus proche(s) de la tumeur pour vérifier, par analyse anatomopathologique, s'ils contiennent ou non des cellules cancéreuses. » selon l'INCa (2013)

<sup>3</sup> « Un **curage axillaire** a pour but d'enlever toutes les cellules cancéreuses qui auraient pu se propager jusqu'aux ganglions lymphatiques et ainsi de réduire le risque de récurrence de la maladie. » selon l'INCa (2013)

thérapies ciblées et l'hormonothérapie. Ils sont proposés individuellement ou de manière cumulée. Le traitement sera adapté et personnalisé en fonction des caractéristiques (de la nature, de la localisation, et du stade) de son cancer mais aussi de son âge et de son état de santé général afin d'augmenter la survie des patientes et d'améliorer leur qualité de vie.

### ***2.1.3 La chimiothérapie***

La chimiothérapie peut donc être proposée en agissant sur l'ensemble du corps afin d'accéder aux cellules cancéreuses quelle que soit leur localisation et de les détruire. L'objectif de la chimiothérapie est de limiter la prolifération des cellules tumorales. Les produits utilisés sont cytotoxiques, se définissant comme des produits capables de détruire des cellules tumorales. Elle peut être réalisée après la chirurgie et est alors adjuvante ce qui limitera la récurrence. Dans le cas contraire, elle est néoadjuvante et est donc réalisée avant la chirurgie (Fondation ARC, 2021). La chimiothérapie adjuvante est administrée par voie injectable en intraveineux ou par voie orale sous forme de médicaments allant de quatre à huit cycles pendant une durée de trois à six mois, il s'agit d'un protocole de chimiothérapie (ARC, 2021). Ce type de traitement est prépondérant dans les traitements en cancérologie (INCa, 2017). Des effets secondaires sont cependant possibles et sont corrélés au fait que ce traitement détruit les cellules dites à croissance rapide, incluant les cellules du cancer mais également celles des cellules sanguines, des cheveux ou encore du tube digestif (Fondation ARC, 2021). Ainsi, les effets indésirables peuvent être la fatigue, les douleurs, les problèmes digestifs (les diarrhées, les nausées et vomissements), la perte d'appétit, l'alopecie<sup>4</sup>, la toxicité hématologique, les lésions buccales, la perturbation des cycles menstruels ou l'aménorrhée, les sensations d'engourdissements ou de fourmillements, mais également les troubles cognitifs appelés « *chemobrain* », terme issu de la littérature anglo-saxonne, impactant les activités de vie quotidienne des personnes.

### ***2.1.4 Le chemobrain***

Les changements cognitifs à la suite de la chimiothérapie sont appelés « *chemobrain* » mais aussi « *chemofog* », « *Cancer Related Cognitive Impairment* » ou encore « brouillard cognitif ». Ce trouble peut apparaître en cours de traitement ou en aval de ce dernier. C'est donc un effet indésirable au long terme qui restreint les patientes à retrouver un équilibre occupationnel satisfaisant. Il est encore méconnu des professionnels et est donc rarement pris en compte dans la prise en charge des patientes (Player, Mackenzie, Willis, et Loh 2014 ;

---

<sup>4</sup> L'alopecie est « la chute des cheveux » selon l'INCa (2013)

Bolton et Isaacs, 2018 ; Joly, 2020). C'est ainsi que de plus amples études évoquant l'exploration des troubles cognitifs liés au cancer ont été réalisées (Wefel, Vardy, Ahles et Schagen 2010 ; Le Fel et al, 2013 ; Janelsins, Kesler, Ahles et Morrow, 2014 ; Bompaire, Durand, Léger-Hardy, Psimaras et Ricard, 2017). Des études scientifiques à ce sujet se sont développées à partir des années 1990 à la suite des plaintes cognitives rapportées par les patientes. Avant cette date, les plaintes de ces dernières étaient souvent controversées et associées à l'annonce de la maladie ainsi qu'aux facteurs pouvant être confondus comme l'anxiété, la dépression, l'humeur ou la fatigue. Il existe donc un besoin d'évaluer cet effet secondaire et les répercussions qu'il peut avoir. La plainte cognitive est subjective et dépend du domaine cognitif touché ainsi que de l'intensité de cette dernière. Les études à ce sujet révèlent qu' « *une prévalence des troubles cognitifs après chimiothérapie peut aller jusqu'à 75 %, impliquant surtout les fonctions mnésiques et attentionnelles* » selon Bompaire, Durand, Léger-Hardy, Psimaras et Ricard, (2017). Les patientes expriment alors avoir des difficultés fonctionnelles pour se souvenir, se concentrer sur deux tâches simultanément mais elles ont aussi la sensation de perdre leurs mots (Joly, 2020 ; Janelsins, Kesler, Ahles et Morrow 2014). En effet, les fonctions cognitives et exécutives peuvent donc être touchées et plus particulièrement la mémoire, l'attention et la vitesse de traitement de l'information (Hardy, Krull, Wefel, et Janelsins, 2018). Les troubles cognitifs peuvent s'avérer légers mais ont un impact délétère sur la qualité de vie de ces femmes (Morel et al 2010 ; Selamat et al, 2014 ; Von Ah et al, 2013). Morel, Eustache, Lange, Joly, et Giffard, (2010) explique qu'ils peuvent être « *discrets mais invalidants au quotidien* ». Le chemobrain touche également les personnes jeunes qui peuvent être encore en activité professionnelle ce qui peut donc avoir des répercussions fonctionnelles non négligeables (Boykoff, Moieni et Subramanian, 2009). Grâce à la littérature, nous savons que les troubles cognitifs sont réversibles, ils peuvent cependant persister sur une durée variable allant de six mois à vingt ans après le traitement (Wefel et al, 2004 ; Koppelmans et al, 2012 ; Brown Sykes, et Allen 2021). Ils ont une prévalence plus importante chez les patientes traitées par des molécules de chimiothérapie telles que la cyclophosphamide, le méthotrexate et le 5-Fluorouracile (Anderson et al, 2019) qui ont démontré ces troubles cognitifs sur des souris. De surcroit, plus les doses de ces molécules sont élevées et plus les cures sont nombreuses, plus le risque de développer un chemobrain est important, il y a donc un effet dose-dépendant de la chimiothérapie selon De Ruyter et al, (2011). La chimiothérapie détériore les cellules cancéreuses mais a également une toxicité neurologique directe sur la substance blanche et la substance grise du système

nerveux central ayant pour conséquence les troubles cognitifs. En effet, il y a une rupture de la barrière hémato-encéphalique mettant en contact le tissu sain avec les molécules de chimiothérapie selon Lange et al, (2014). La chimiothérapie altère également la neurogénèse, perturbe la myéline et les précurseurs d'oligodendrocytes, provoque un dysfonctionnement mitochondrial et augmente la production de cytokines d'après Lange (2019). De plus, Bompaire, Durand, Léger-Hardy, Psimaras et Ricard, (2017), ont émis l'hypothèse qu'il pouvait y avoir un stress oxydant induit par les traitements pouvant contribuer à un vieillissement prématuré du cerveau. Le stress oxydant (ou oxydatif) se définit comme étant un déséquilibre entre une quantité trop importante de radicaux libres présents dans l'organisme et un déficit en antioxydants. L'accumulation de ces radicaux libres favorise le vieillissement et est donc néfaste pour la santé.

### ***2.1.5 Les fonctions cognitives***

Selon Noal, Daireaux et Joly (2010), les fonctions cognitives sont « *des processus de traitements de l'information dits de « haut niveau », tels que le raisonnement, la mémoire, la prise de décision, et les fonctions exécutives en général, mais également des processus plus élémentaires comme la perception, la motricité et les émotions.* ». Ainsi, ce sont des processus cérébraux nous permettant de communiquer avec autrui, de percevoir notre environnement, d'accroître nos connaissances, de prendre des décisions, de nous concentrer, de mémoriser, de penser et d'adapter notre comportement à notre environnement. Elles sont donc essentielles à nos activités de vie quotidienne. Cependant, comme expliqué ci-dessus, le chemobrain altère certaines fonctions cognitives (Wefel, et al, 2004 ; Janelins, Kesler, Ahles et Morrow, 2014), comme les fonctions exécutives, la mémoire (en particulier la mémoire épisodique prospective et de travail), l'attention et la vitesse de traitement de l'information, entraînant des difficultés dans le quotidien. Nous allons donc les définir.

- Les **fonctions exécutives** sont nécessaires au contrôle, à la planification, à l'organisation et à l'élaboration de stratégies pour permettre la réalisation de comportements dirigés vers un but. De plus, la fonction principale est de faciliter l'adaptation de la personne à des situations nouvelles. Elles comprennent l'initiation, l'auto-génération, l'inhibition, l'attention divisée, la flexibilité mentale, la résolution de problème, la planification et le contrôle exécutif (Lezak, 1982).
- La **mémoire** se définit comme la capacité qu'a notre cerveau à enregistrer, stocker et récupérer des informations ainsi qu'à utiliser des connaissances acquises antérieurement et qui permet d'interagir avec notre environnement. On distingue :



- La *mémoire de travail* : l'information est maintenue en mémoire à court terme et est retranscrite et utilisée rapidement (Laroche, 2001) ;
- La *mémoire procédurale* : c'est une mémoire implicite et inconsciente qui dérive du savoir-faire par l'apprentissage et l'habitude (Laroche, 2001).
- La *mémoire épisodique* : c'est une mémoire explicite consistant à se rappeler à long terme et de manière consciente, un événement antérieur personnellement vécu ou des faits autobiographiques selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM, 2019). On peut distinguer deux types de mémoires épisodiques : La mémoire prospective qui est celle des activités à effectuer dans le futur ; La mémoire rétrospective qui est la mémoire des événements passés (Duivon, Perrier, Desgranges et Griffard, 2018).
- La *mémoire sémantique* : c'est une mémoire explicite qui considérant les connaissances générales acquises à long terme sur le monde et sur soi (INSERM, 2019).
- **L'attention** est de types : sélective, divisée (ou partagée), ou soutenue. Elle est utilisée quotidiennement et favorise la formation d'une représentation mentale qui va occuper l'esprit. Elle permet une activité réflexive et est nécessaire pour l'adaptation aux situations nouvelles et à la résolution de tâches complexes. C'est une fonction de base impliquée dans toutes les autres fonctions cognitives (Noal, Daireaux et Joly, 2010).
- La **vitesse de traitement** est une habileté cognitive définit comme étant le temps que prend une personne pour comprendre et exécuter une tâche mentale de manière inconsciente. La vitesse de traitement dépend également des fonctions exécutives, ainsi une personne atteinte de chemobrain peut prendre plus de temps pour initier une action, planifier et réaliser une nouvelle tâche, focaliser son attention (Grzegorski et Losy, 2017).

### ***2.1.6 L'impact psychologique***

#### **2.1.6.1 L'impact psychologique dans le cadre d'un cancer**

Des troubles cognitifs peuvent être induits par des **facteurs sous-jacents** tels que l'anxiété, la fatigue, ou des symptômes dépressifs face à l'annonce de la maladie, pouvant provoquer un état de stress post-traumatique. Ces troubles cognitifs sont objectivés dans une étude française récente qui a été menée sur le cancer et la cognition appelée CANcer TOxicities COGnition (CANTO-COG) au sein de la cohorte CANcer TOxicities (CANTO). Hardy-Léger, (2021) a réalisé une première analyse où il y avait 396 femmes dont 264 atteintes d'un cancer du sein et 132 femmes témoins sans antécédent de cancer. L'objectif de

cette première analyse était d'évaluer leurs performances cognitives suite à l'annonce de la maladie avant les traitements. La méthode a été de faire remplir par ces femmes des questionnaires pour recueillir leurs plaintes cognitives et la passation de tests pour rendre compte de leurs troubles avant les traitements. Les résultats montrent une atteinte cognitive objectivée avant tout traitements à 24% chez les femmes ayant un cancer du sein dont 7,6% avec une plainte très intense contre 12% pour le groupe témoin. Les plaintes cognitives étaient donc deux fois plus importantes chez les femme ayant un cancer du sein et concernaient les domaines de la mémoire, du langage, de la concentration, de la double tâche et la rapidité d'exécution. « *Ces premiers résultats montrent l'importance d'identifier très tôt des difficultés cognitives qui pourraient être accentuées au fil des traitements.* » selon Hardy-Léger (2021). Suite à cette première analyse, nous comprenons que l'aspect psychologique est important à prendre en compte vis-à-vis de l'annonce du diagnostic de cancer puisqu'il a un impact objectivé sur les fonctions cognitives. Des dysfonctionnements cognitifs peuvent donc être perçus avant les traitements chez les femmes ayant des cancers du sein invasives par rapport à des patientes ayant un cancer non invasive selon Ahles et al, (2008).

Jean Pierre et al, (2014) affirmait que « *le cancer et les neurotoxicités liées au traitement peuvent aggraver la détresse psychologique prémorbide et les troubles neurocognitifs* ». Un comportement de culpabilité peut également s'exprimer par le besoin de rechercher dans les faits antérieurs et dans les facteurs personnels ce qui aurait pu déclencher la maladie. De plus, les femmes ayant un cancer du sein se posent beaucoup de questions sur leur avenir au vu de leurs troubles cognitifs, même légers, qu'elles peuvent rencontrer dans leur quotidien. Les limitations fonctionnelles engendrées par le chemobrain provoquent donc une détresse émotionnelle et un manque de confiance en soi (Kanaskie et Loeb, 2015).

Ces troubles psychiques (anxiété, fatigue, dépression) peuvent donc s'ajouter face à l'annonce d'une récurrence. Les troubles liés à la dépression chez les personnes souffrant d'un cancer ont une prévalence qui est plus importante que dans la population générale selon la Revue Médicale Suisse (2005). Il est donc primordial d'identifier et de traiter cette dernière dans le cadre d'un cancer. De plus la patiente peut avoir peur d'être stigmatisée et sollicitera donc moins les soignants pour demander de l'aide. Il est donc nécessaire de prendre en compte les co-facteurs de la personne qui pourrait causer des altérations cognitives.

Ainsi le dispositif d'**annonce de cette maladie** a été mis en place lors du premier Plan Cancer 2003-2007 et a pour « *objectif de permettre au patient de bénéficier des meilleures conditions d'information, d'écoute et de soutien* » (INCa, 2019). L'annonce d'un cancer peut

sidérer et secouer le patient. Les premières interrogations qu'il peut se poser concernent la durée de vie qu'il lui reste, la mort mais également la rémission. Cette phase d'acceptation peut donc parfois être longue. Cette annonce doit donc être réalisée de façon empathique par des professionnels médicaux afin d'expliquer le plus clairement possible la maladie et les traitements qui vont s'opérer. Ainsi, ce dispositif d'annonce fait partie intégrante de la relation thérapeutique entre le soignant et le soigné. Celle-ci doit reposer sur l'écoute, l'empathie et la confiance ce qui permettra d'élaborer un parcours de soin et d'accompagnement de qualité auprès du patient. Cette annonce se réalise en cinq temps : l'annonce de la suspicion de cancer, puis la confirmation du diagnostic, la proposition thérapeutique, ensuite l'accompagnement soignant paramédical et enfin les consultations de synthèse (INCa, 2019). Ce cheminement permet de fonder une relation soignant-soigné de qualité et ainsi permettre au patient d'adhérer à la prise en charge de son cancer.

#### **2.1.6.2 L'impact de la dépression sur les fonctions cognitives**

Thomas-Antérion, (2020) expliquent l'impact de la dépression sur les fonctions cognitives dans d'autres pathologies, autres que cancéreuses. L'évaluation et la prise en charge de la dépression sont essentielles. En effet, la dépression peut provoquer des difficultés dans la capacité à penser, se concentrer, interagir, prendre des décisions mais aussi raisonner et se rappeler (Peretti et Ferreri, 2009). Selon Duivon, Perrier, Desgranges et Giffard, (2018), une diminution du volume de l'hippocampe est visible chez les patients dépressifs. Ces difficultés cognitives provoquent des perturbations pour la réalisation des activités quotidiennes telles que « *leurs capacités à lire, suivre une conversation ou à exercer avec efficacité et sécurité leurs activités professionnelles* » selon Fossati, Bergouignan et Lemogne, (2010). Les troubles cognitifs sont fréquents, et persistants, Thomas-Antérion (2020) expliquent que ces derniers ont des répercussions sur la vitesse de traitement de l'information, la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives. Il s'agit donc de troubles neuro-cognitifs qui sont définis selon le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM V) (2013) comme « *un groupe d'atteintes acquises dans lesquelles un déficit clinique primaire est observé dans une ou plusieurs fonctions cognitives* ».

#### ***2.1.7 Les causes multifactorielles à l'origine de troubles cognitifs***

Les mécanismes contribuant au déclin cognitif dans le traitement par chimiothérapie ne sont pas encore assez connus. Cependant ces derniers seraient multifactoriels. En effet, selon les études de Ahles et al. (2008) et Wefel, Saleeba, Buzdar et Meyers (2010), 21% des patientes présentaient une atteinte cognitive avant le début du traitement par chimiothérapie,

mais le déclin cognitif après la chimiothérapie est survenu chez 65% des patients ce qui montre l'influence de la chimiothérapie sur les troubles cognitifs. Il existerait donc des facteurs associés au cancer tels que l'impact des traitements neurotoxiques et l'impact psychologique de la maladie (Duivon, Perrier, Desgranges et Giffard, 2018). Mais, il y aurait également des facteurs personnels et donc non associés au cancer comme l'origine ethnique, le sexe, l'âge, la prédisposition génétique, l'environnement, le style de vie, les comorbidités, l'éducation, le niveau de scolarité, les antécédents médicaux et la réserve cognitive qui sont donc des éléments à prendre en compte dans le déclin cognitif des patientes (Lange et al, 2014). Il est alors nécessaire de réaliser une évaluation conjointe des co-facteurs, par des échelles de qualité de vie par exemple, pour comprendre l'apparition des troubles cognitifs. Lange et al (2014), ont schématisé ces causes multifactorielles responsables de troubles cognitifs en oncologie à l'aide d'un schéma visible en Annexe 2.

### ***2.1.8 L'impact du chemobrain dans les activités de vie quotidienne***

Nous avons vu précédemment que les troubles cognitifs peuvent perdurer ce qui sous-entend qu'ils peuvent avoir des répercussions dans la vie quotidienne. En effet, des incapacités peuvent s'observer dans la réalisation des soins personnels, dans la productivité, dans la reprise professionnelle par exemple, mais aussi dans les activités de loisirs et dans les interactions sociales. Il existe deux types d'activités selon la littérature. Tout d'abord les activités de base de la vie quotidienne, telles que réaliser sa toilette, s'habiller, se nourrir, ... Mais il y a également les activités instrumentales de la vie quotidienne qui demandent des capacités cognitives et des habiletés sociales plus développées que les activités de base de la vie quotidienne telles que préparer un repas, gérer ses finances, ... selon Meyer (2013). Cette plainte cognitive peut donc s'avérer invalidante dans la performance occupationnelle de la patiente en situation de vie quotidienne. La performance occupationnelle est un terme correspondant à l'efficacité d'une personne dans une activité, terme utilisé en ergothérapie qui sera détaillé ultérieurement. Dans l'étude de l'ergothérapeute Player, Mackenzie, Willis et Loh, (2014), l'impact du chemobrain dans la vie quotidienne de ces femmes a été mis en avant. En effet, ces dernières expriment ressentir davantage de difficultés à s'engager dans des activités significatives, et ont besoin d'aide pour certaines activités auxquelles elles étaient indépendantes auparavant, renforçant leur sentiment de souffrance. Ainsi, réaliser ses activités de vie quotidienne qu'elles soient de bases ou instrumentales demandent le recrutement de ses fonctions cognitives et exécutives. La performance occupationnelle et donc la qualité de vie des femmes ayant un chemobrain sont donc impactées. En effet, faire ses courses par exemple

demande des ressources quant à l'anticipation, l'organisation et la planification du lieu et des achats nécessaires. Les troubles cognitifs engendrés par la chimiothérapie peuvent donc avoir des répercussions sur cette activité. Les co-facteurs expliqués précédemment peuvent également impacter les activités de vie quotidienne. Les troubles cognitifs ont donc un réel impact délétère sur l'identité, les rôles sociaux, occupationnels, familiaux et professionnels. Ainsi, il est nécessaire d'évaluer objectivement les plaintes exprimées par ces femmes.

Ces altérations cognitives ont donc un impact sur leur qualité de vie aussi bien au niveau personnel, social mais aussi professionnel et peuvent altérer leur engagement et leur participation dans leurs activités. Une perte d'indépendance et des rôles sociaux peut se faire ressentir (Le Fel et al, 2013; Player, Mackenzie, Willis et Loh, 2014; Kanaskie et Loeb, 2015).

## **2.2 Evaluations cognitives interdisciplinaires**

L'évaluation est une procédure qui permet d'analyser une situation, dans un contexte donné, afin de comprendre les capacités et les limitations de la personne, grâce à des outils validés de préférence, selon Kalfat (2006). Elle permet donc par la suite d'émettre des objectifs et d'établir un plan d'intervention personnalisé en prenant en compte les capacités, l'environnement et les activités et occupations de la personne.

### ***2.2.1 Ergothérapie en oncologie***

Selon la World Federation of Occupational Therapists (WFOT, 2010), « *l'ergothérapie est une profession qui s'intéresse à promouvoir la santé et le bien-être à travers l'occupation* ». Ainsi, l'ergothérapeute a une fonction particulière en oncologie de par son approche systémique et médico-sociale. Cependant, peu de littérature évoque cette profession qui est encore peu reconnue dans le monde de la cancérologie. Ainsi, la méconnaissance de l'ergothérapie, le manque de connaissances des patients sur cette profession, et le manque d'ergothérapeutes en oncologie sont de réels obstacles à la reconnaissance de notre pratique selon Pergoletti, Williams, Campbell, Munoz et Muss, (2016). En revanche, l'ergothérapeute présente de nombreuses compétences qui peuvent aider à évaluer et à mettre en place le processus d'intervention en interprofessionnalité dans le cadre du chemobrain. Les compétences de ce dernier se réfèrent au référentiel de compétences du diplôme d'état d'ergothérapeute visible en Annexe 3, et notamment aux compétences 1, 2, 3, 9.

Depuis le Plan Cancer de 2014-2019 chaque patient dispose de programmes personnalisés de soins. Dans ce dernier, l'évaluation et le traitement de la plainte cognitive sont référencés dans l'objectif 8, visible en Annexe 4 : « *Réduire les risques de séquelles et de*

*second cancer* » dans l'axe « *Préserver la continuité et la qualité de vie* » afin de réduire les effets indésirables des traitements comme les troubles de la mémoire et de l'attention. C'est donc un objectif auquel l'ergothérapeute peut participer en interprofessionnalité. Ce dernier répond également aux objectifs 6 et 7 de ce Plan Cancer, visibles en Annexe 4, en permettant un accès large aux prises en charges globales et individualisées et à l'accès aux soins de support grâce à « *la démarche systémique de l'ergothérapie et sa méthodologie client-centrée* » selon Soum-Pouyalet, Sorita et Belio, (2018). Dans le dernier Plan Cancer 2021-2030, l'action 1 s'intitulant « *Développer la recherche pour diminuer les séquelles et améliorer la qualité de vie des personnes* » dans l'axe 2 « *Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie* » permet d'être dans la continuité du précédent Plan Cancer. L'ergothérapeute peut répondre à ces objectifs grâce à une approche et une évaluation holistique. Il adopte une vision centrée sur la personne via l'approche systémique afin de déterminer un champ d'intervention individualisé et signifiant pour le patient. Pour atteindre les objectifs fixés par le Plan Cancer, il paraît pertinent que l'ergothérapeute intervienne ainsi en interdisciplinarité.

L'ergothérapie est une profession qui s'intéresse aux liens s'opérant entre la santé et l'activité. Selon Barbier (2011), l'activité est « *l'ensemble des processus par et dans lesquels est engagé un être vivant, notamment un sujet humain, individuel ou collectif, dans ses rapports avec son environnement (physique, social et/ou mental), et les transformations de lui-même, s'opérant à cette occasion* ». Ainsi, elle est vitale au bien-être d'une personne, elle permet le développement de ses « *capacités motrices, sensorielles cognitives, et relationnelles* » selon Soum-Pouyalet, Sorita et Belio, (2018) et est au centre des préoccupations pour l'ergothérapeute. C'est pourquoi, permettre de retrouver ses activités quotidiennes est donc l'un des objectifs de l'ergothérapeute en accord avec les demandes des personnes. Grâce aux activités signifiantes et significatives pour la personne, l'ergothérapeute peut favoriser l'engagement occupationnel des personnes atteintes de chemobrain.

### ***2.2.2 L'évaluation écologique en ergothérapie***

Le Fel et al, (2013) et Léger, Le Fel et Lange, (2016), montrent qu'il y a davantage de plaintes cognitives exprimées par les patientes que de troubles objectivés via les tests neuropsychologiques car ils ne semblent pas assez fins vis-à-vis des troubles cognitifs qui peuvent parfois être légers. De plus, les tests réalisés en neuropsychologie sont généralement standardisés, littéraux et non écologiques (Duvion, Perrier, Desgranges et Griffard, 2018). Ainsi, l'ergothérapeute va s'axer sur l'évaluation du retentissement fonctionnel des limitations de la personne grâce à des évaluations écologiques.

Selon Guilhard (2007), l'évaluation écologique serait « *une évaluation réalisée au plus près des conditions de vie de la personne évaluée* ». Ainsi, elle prend en compte « *les facteurs personnels, contextuels et environnementaux* » selon Carlino (2011). Elle se veut réaliste et peut donc se réaliser au domicile de la personne, ainsi elle sera complètement écologique. En revanche, si l'évaluation se réalise au sein de la structure institutionnelle, alors elle se voudra « semi-écologique » mais notre démarche aura toujours une pensée pour le futur milieu de vie où la personne ira. Les objectifs d'une évaluation écologique sont de prendre en compte la personne de façon holistique, de comprendre les capacités et les limitations d'une personne dans son environnement et de les objectiver afin de pouvoir adapter notre prise en charge en tant que thérapeute. Player L, ergothérapeute, explique que de par ses compétences vis-à-vis de l'évaluation, l'ergothérapeute, en utilisant des bilans écologiques, peut évaluer les répercussions cognitives des personnes dans leur vie quotidienne.

Dans l'étude de Chevignard, Taillefer et Picq, (2008) des patients ayant un traumatisme crânien avec un syndrome dysexécutif, avaient des résultats aux tests neuropsychologiques normalisés mais ils exprimaient cependant des difficultés dans leur quotidien, difficultés émises également par leur famille. En effet, ils avaient des difficultés à la réinsertion familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, les mises en situations en ergothérapie se sont démocratisées et venaient compléter les évaluations neuropsychologiques.

Guilhard (2007) a listé les différences entre deux types d'évaluations qui sont les évaluations neuropsychologiques et les évaluations écologiques :

<b>Évaluations neuropsychologiques</b>	<b>Évaluations écologiques</b>
Milieu fermé et structuré	Situations ouvertes
Monotâche	Multitâche
Limite les situations de frustration	Génère des situations de tension
S'effectuent à l'abri des sollicitations extérieures, absence de parasitage, de source de déconcentration	Impact fort et multi factoriel des sollicitations, de la motivation
Déroulement linéaire, durée brève	Temps long, librement contraint

### **2.2.2.1 Assessment of Motor and Process Skills**

Parmi les évaluations écologiques disponibles en ergothérapie, nous avons l'Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) se traduisant par l'évaluation des aptitudes

motrices et opératoires. C'est une évaluation développée à partir du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) de Kielhofner. Fisher et Jones (2012) expliquent que cette évaluation permet d'observer deux tâches d'activités de la vie quotidienne parmi un répertoire de 130 tâches prédéfinies et standardisées classées par ordre de difficultés, en fonction des habitudes de vie du patient. Cet outil permet de comprendre comment la personne réalise 16 habiletés motrices et 20 habiletés opératoires et les répercussions que ces habiletés peuvent avoir dans la réalisation des activités de vie quotidienne (Fisher et Jones, 2012). Ce bilan n'est donc pas conçu pour évaluer spécifiquement les limitations cognitives de la personne mais pour évaluer ses habiletés. Grâce à l'observation des tâches, il est possible d'évaluer l'effort, l'efficacité, la sécurité et l'indépendance de la personne vis-à-vis de la réalisation de l'activité en question.

Cette évaluation est focalisée sur les habitudes de vie et les occupations de la personne et est donc client-centrée. De plus, elle est standardisée, la personne est donc évaluée selon une grille de cotation. Elle se déroule en trois temps (Fisher et Jones, 2010). Tout d'abord, un entretien est réalisé en amont afin d'en apprendre davantage sur les habitudes de vie de la personne qui lui sont limitées. Puis, l'ergothérapeute observe la personne dans les activités en question. Enfin, le thérapeute analyse la performance occupationnelle de façon qualitative et quantitative. Chaque habileté est cotée de 1 (niveau de performance inacceptable) à 4 (niveau de performance compétent). Ensuite, la cotation est saisie dans un logiciel appelé « *Occupational Therapy Assessment Package* » (OTAP). La performance occupationnelle globale est comparée à la norme. Ce logiciel permet une reproductibilité fiable entre évaluateurs si le patient est réévalué ultérieurement. Le score obtenu permet de déduire l'indépendance de la personne.

La formation indispensable à ce bilan est une limite non négligeable. De plus, l'OTAP est payant et est renouvelé tous les ans. Enfin, les tâches sont prédéfinies et constitue aussi un frein. Cependant, les forces sont qu'il présente de bonnes qualités psychométriques, qu'il est validé pour tout public dès l'âge de deux ans et pour n'importe quelle pathologie. Enfin, il ne requiert pas de matériel spécifique.

Ce bilan écologique se consacre donc davantage aux habiletés qu'aux fonctions cognitives. Il permet de prédire la capacité de la personne à vivre seule à domicile en sécurité ou si ce dernier a besoin d'une aide matérielle et/ou humaine (McNulty et Fisher, 2001). Dans le cadre du chemobrain où les difficultés cognitives peuvent apparaître comme légères, ce bilan ne semble pas assez sensible pour les objectiver de manière efficace. Il peut donc présenter des limites dans son utilisation puisque le chemobrain est une plainte cognitive.



### **2.2.2.2 Evaluation des Fonctions Exécutives en Ergothérapie**

Nous avons également l'Evaluation des Fonctions Exécutives en Ergothérapie (EF2E) parmi les évaluations écologiques en ergothérapie (Poncet et al, 2012). L'objectif de ce bilan est d'évaluer les fonctions exécutives lors d'une activité cuisine considérée comme multitâche. Les activités en question sont la réalisation de deux recettes de cuisine : un gâteau au chocolat et une omelette. Ainsi, ce bilan permet d'objectiver les troubles des fonctions exécutives dans une activité de la vie quotidienne et les conséquences éventuelles. Puis, dans un second temps, il permet de mettre en place un plan de traitement de rééducation et de réadaptation.

Pendant la réalisation de l'évaluation, le thérapeute note les actions, les interactions, et les comportements du patient pour les classer ensuite. Ce classement s'effectue de deux façons selon Chevignard, Taillefer, Picq, Poncet et Pradat-Diehl, (2006) :

- Une analyse descriptive est réalisée pour voir s'il y a eu des erreurs d'omission, d'addition ou de substitution-inversion, erreurs d'estimation ou des questions-commentaires pendant la réalisation des recettes.
- Une analyse neuropsychologique est également effectuée pour expliquer les erreurs commises : erreurs de vérification, d'absence de prise en compte du cadre, d'adhérence à l'environnement, d'errance-perplexité, de demande d'aide, de troubles du comportement.

La cotation s'effectue en comptabilisant le nombre d'erreurs commises dans les analyses descriptive et neuropsychologique ainsi que la durée mise pour préparer les deux recettes. Le niveau de danger est également pris en compte dans la cotation. On observe ainsi si la personne est capable d'atteindre le but, s'il y a la survenue de comportement dangereux et s'il y a une prise d'initiative spontanée pour la réalisation de l'omelette. Ce bilan est adapté aux personnes ayant des capacités restreintes en cuisine grâce à une cotation spécifique. Cette évaluation nécessite une formation.

Les limites de cette évaluation sont qu'elle est validée pour les personnes présentant une lésion cérébrale acquise. De plus, elle ne doit pas être répétée sinon il existe un risque d'apprentissage de l'évaluation. L'examineur ne doit intervenir en aucun cas. Elle ne peut se réaliser que dans une cuisine correspondant aux normes du bilan. Enfin, une formation est nécessaire. Les forces de l'EF2E sont que c'est une évaluation standardisée puisqu'elle est définie sur un protocole de consignes à respecter, reproductible, qui présente une bonne validité inter-juges (Chevignard et Picq 2008) ; Poncet et al, 2012).

Les études de Chevignard, Taillefer, Picq, Poncet et Pradat-Diehl, (2006) ont montré que l'EF2E était plus sensible que les tests neuropsychologiques classiques auprès de personnes ayant un syndrome dysexécutif. Ce bilan ne semble pas pertinent pour évaluer le chemobrain. L'activité évaluée est la cuisine. Or, les patientes peuvent exprimer des plaintes spécifiques dans divers domaines de la vie quotidienne autre que dans l'activité cuisine. Ainsi, il semble davantage pertinent de choisir un bilan qui n'ait pas d'activité prédéfinie.

### ***2.2.3 L'évaluation du chemobrain en neuropsychologie***

La neuropsychologie est définie comme une discipline qui « *étudie les liens entre le fonctionnement du cerveau et le comportement.* » selon Montel (2014). Ainsi, cette profession s'axe davantage sur les aspects cliniques et théoriques du fonctionnement cognitif en évaluant les fonctions cognitives de manière isolée. Il existe un panel important d'évaluations en neuropsychologie portant sur l'évaluation des troubles cognitifs. Selon Chaytor et Schmitter-Edgecombe, (2003), les neuropsychologues peuvent aider au diagnostic clinique grâce à leurs évaluations qui vont identifier les déficits cognitifs et leurs localisations. Cependant Chaytor et Schmitter-Edgecombe, (2003) relève une validité écologique modérée vis-à-vis du fonctionnement cognitif dans le quotidien. Ainsi, la plainte cognitive subjective verbalisée par les patientes ayant un chemobrain est souvent peu objectivée lors des tests neuropsychologiques car ces derniers ne semblent pas assez sensibles et représentatifs de situations de vie quotidienne (Duivon, Perrier, Desgranges et Griffard, 2018), accentuant le sentiment de souffrance chez ces dernières. En effet, selon Hutchinson, Hosking, Kichenadasse, Mattiske et Wilson, (2012), 16 à 75% des troubles sont objectivés aux tests. Ainsi il y a plus de plaintes cognitives qui sont exprimées par les patientes que de plaintes objectivées par les évaluations. Cela s'explique car ces dernières s'effectuent généralement de manière littérale et rarement avec des mises en situations concrètes où la vision holistique de la personne dans une situation donnée n'est donc pas optimale. Nous allons présenter ci-dessous des évaluations neuropsychologiques validées en cancérologie où une évaluation écologique réalisée en ergothérapie pourrait venir les compléter. Le détail de ces évaluations neuropsychologiques sera à retrouver en Annexe 5.

Il existe le **Functional Assessment of Cancer Therapy-Cognitive Function (FACT-cog)** qui est le seul auto-questionnaire validé en cancérologie et en français pour évaluer la plainte cognitive. Il y a eu trois versions, la dernière est la version 3 (Joly et al, 2012). Ce dernier a 37 questions permettant de balayer toutes les sphères cognitives et donc de spécifier et quantifier la plainte cognitive. Il y a également deux groupes de travaux où des cliniciens et

des chercheurs sont regroupés. Tout d'abord, l'**International Cognition and Cancer Task Force** (ICCTF) qui centralise des chercheurs internationaux. Il a pour but de créer des recommandations et d'homogénéiser les pratiques vis-à-vis des évaluations des troubles cognitifs liés aux traitements oncologiques chez les personnes ayant un cancer non cérébral. Les tests retenus sont le Trail Making Test A et B, le Hopkins Verbal Learning Test–Revised (HVLT-R) et le Controlled Oral Word Association Test (COWAT) selon Wefel, Vardy, Ahles et Schagen, (2011). Le second est la **Batterie du Groupe de Réflexion sur les Evaluations Cognitives en ONCOlogie** (GREC-ONCO) faisant parti du groupe général appelé Groupe de Réflexion sur les Evaluations Cognitives (GRECO) qui est national et français, crée en 2011 par Hervé Taillia. C'est un groupe de travail ayant pour objectif de développer une batterie de tests et de questionnaires pour évaluer le déclin cognitif chez des personnes ayant des tumeurs cérébrales et/ou des difficultés cognitives liées aux traitements oncologiques chez des patients ayant un cancer non cérébral visible en Annexe 6.

Un tableau récapitulant les tests et questionnaires classiquement proposés en consultation mémoire en oncologie adulte selon Griffard, Lange et Léger, (2015) est disponible en Annexe 7. Néanmoins, ces évaluations se veulent peu écologiques. C'est pourquoi, Duivon, Perrier, Desgranges et Griffard, (2018) explique qu' « *il est donc nécessaire pour les études futures d'utiliser des évaluations objectives plus écologiques, qui pourraient permettre de mieux déceler les déficits subtils mis en avant par les évaluations subjectives* ». Ainsi réaliser des évaluations neuropsychologiques en complémentarité avec des évaluations fonctionnelles en ergothérapie permettraient de comprendre les retentissements du chemobrain dans le quotidien.

#### ***2.2.4 L'interdisciplinarité et les soins oncologiques de support***

Le traitement d'un cancer fait intervenir un panel de professionnels qui est diversifié. Ainsi, la personnalisation des soins en cancérologie suggère une prise en charge holistique des patients. C'est pourquoi, dans le domaine de l'oncologie, l'interdisciplinarité est privilégiée. En effet, cette dernière se définit comme des échanges entre les professionnels et une coordination des actes réalisés auprès de chaque patient grâce à des réunions de concertation interdisciplinaires quotidiennes pour pallier à des objectifs communs selon Dollet (2014). Le partage de l'information est donc primordial dans ce type de pratique puisque c'est une démarche pédagogique résultant de la séparation des domaines. Les professionnels de santé associés gardent leurs spécificités vis-à-vis de leur profession mais participent à un projet commun en y apportant leurs connaissances et leurs moyens d'intervention spécifiques.

Ces soins oncologiques de support sont le fruit d'un travail interdisciplinaire. Ils « *proposent une approche globale de la personne et visent à assurer la meilleure qualité de vie possible pour les personnes malades, sur le plan physique, psychologique et social* » selon l'Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS, 2020) et ont été créés en 2005 avec la circulaire de Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) du 22 février 2005. Ces soins oncologiques de support font suite au premier Plan Cancer datant de 2003-2007 où les patients demandaient une prise en compte des effets secondaires des traitements et de la dimension psycho-sociale. Ces soins se sont développés car la prise en charge des patients en oncologie s'est améliorée de par la prévention, le dépistage précoce, l'innovation sur le plan médical, le parcours de soin qui est plus fluide et personnalisé et les travaux de recherches qui émergent de plus en plus. Ils interviennent dès l'annonce de la maladie, tout au long de la prise en charge du patient atteint de cancer jusqu'à sa fin de vie et s'adressent au patient mais également à son entourage. Parmi les professionnels inclus dans les soins de support, il y a l'infirmier, l'orthophoniste, le diététicien, le kinésithérapeute, le psycho oncologue, l'ergothérapeute et bien d'autres professionnels. Cet important panel de thérapeutes permet de considérer « *le patient comme un tout* » selon Soum-Pouyalet, (2018). Ainsi, le travail en interdisciplinarité se démocratise de plus en plus dans le domaine de l'oncologie vis-à-vis de la complexité des prises en charge et de l'évolution des différents Plan Cancer grâce au Programme Personnalisé de Soins (PPS) ainsi qu'au Programme Personnalisé Après-Cancer (PPAC). Des outils ont également été mis en place pour faciliter le partage d'informations comme le Dossier Communicant en Cancérologie (DCC) selon l'INCa (2019). Soum-Pouyalet, (2018) évoque le projet de création d'équipes mobiles en cancérologie dans son article sur « *L'ergothérapie comme appui à la mise en place d'une pratique interprofessionnelle en cancérologie* ». Ainsi, dans le cadre du chemobrain il serait pertinent de proposer des interventions personnalisées, dans le lieu de vie de la personne, pour voir l'efficacité des stratégies cognitives mises en place par les patients dans leur quotidien.

### ***2.2.5 Complémentarité des professions dans l'évaluation du chemobrain***

Afin d'évaluer les fonctions cognitives de manière globale et holistique, l'interdisciplinarité est nécessaire. Comme l'explique Bagaragaza, Pujol, Evin et Colombet, (2021), « *l'interdisciplinarité ne peut en effet qu'éclairer la compréhension des situations complexes rencontrées en pratique clinique et enrichir l'approche globale des réponses à y apporter.* ». En effet, chaque profession a des compétences propres. C'est pourquoi, en

mettant en commun les compétences de chaque professionnels, la compréhension de la situation s'avère plus efficace. Ainsi, pour déceler au mieux les troubles cognitifs de type chemobrain, il serait nécessaire de coupler les bilans littéraux types papier/crayon réalisés en neuropsychologie où le fonctionnement cognitif va être étudié et les mises en situation écologiques réalisées en ergothérapie qui sont centrées sur les habitudes de vie, les facteurs environnementaux et les occupations de la patiente. Comme l'explique, Roussel, Godefroy et De Boissezon (2018), les évaluations écologiques sont « *un complément important dans une approche rééducative, permettant d'augmenter la sensibilité de l'évaluation, et de mieux définir les objectifs thérapeutiques* » et sont donc complémentaires aux évaluations analytiques. Grâce à l'analyse de ces deux types d'évaluations, cela permet de comprendre la situation cognitive de la personne et le retentissement en terme de performance occupationnelle qu'elle peut avoir dans son quotidien. En effet, les évaluations de ces deux professionnels s'enrichissent mutuellement avec leurs points forts et leurs limites propres. Croiser les regards des différents professionnels sur les personnes ayant un chemobrain permet d'être plus précis dans le processus d'évaluation et de se questionner sur les facteurs considérés comme facilitant ou limitant. Par la suite, le regard croisé de ces thérapeutes permet une intervention adaptée et personnalisée pour favoriser la reprise de l'engagement de la personne dans des activités significatives, son bien-être et ainsi d'améliorer sa qualité de vie.

## **2.3 Le Modèle Australien de la Performance Occupationnelle et PRPP**

### ***2.3.1 Le Modèle Australien de la Performance Occupationnelle***

Les femmes atteintes de chemobrain ont des difficultés dans leur quotidien et notamment en terme de performance occupationnelle. Un modèle conceptuel général pour la pratique de l'ergothérapie a été développé et permet de comprendre la performance occupationnelle ainsi que l'engagement de la personne dans ses activités. Celui-ci se nomme le Modèle Australien de la Performance Occupationnelle (*Occupational Performance Model - Australia : OPM-A*) visible en Annexe 8. C'est un modèle canadien développé par Christine Chapparo et Judy Ranka en 1985. Il vise à structurer la prise en charge du patient puisqu'il a une vision holistique et est client-centré. En effet, ce dernier mesure les activités significatives (ayant du sens pour la personne) et significatives (ayant du sens pour la population générale) de la personne à travers huit constructions fondamentales qui sont : la performance occupationnelle du point de vue de l'occupation de la personne dans son quotidien, ses rôles,

ses domaines d'action, les composantes de l'action, les éléments fondamentaux de l'action, son environnement, son espace et le temps selon Morel-Bracq, (2017).

Selon les deux ergothérapeutes australiennes Chapparo et Ranka en 1996, la **performance occupationnelle** se définit dans ce modèle comme étant « *la capacité de percevoir, se rappeler, planifier et exécuter les rôles, routines, tâches et sous-tâches nécessaires ou souhaitées dans l'objectif de réaliser les activités liées aux soins personnels, à la productivité, aux loisirs, et au repos en réponse aux exigences de l'environnement interne et/ou externe et de manière à éprouver de la satisfaction ou à satisfaire une tierce personne significative.* ». La cognition qui se définit comme un processus qui permet de s'adapter à des situations grâce à nos connaissances par le biais de ses expériences personnelles, est reconnue comme un élément essentiel dans la performance occupationnelle, selon Chapparo et Ranka (1996). L'OPM-A suggère ainsi qu'il y a un lien entre la cognition et la performance occupationnelle où cette dernière est « *le produit de l'interaction entre l'homme et l'environnement* » (Chapparo et Ranka, 1997). Ainsi les études de Player, Mackenzie, Willis et Loh, (2014) Kanaskie et Loeb, (2015) et Bolton et Isaacs, (2018) montrent que le chemobrain a un impact sur la réalisation des activités et altère donc la performance occupationnelle de ces femmes.

L'ergothérapeute s'attache à comprendre l'**engagement occupationnel** de la personne à travers ses activités. L'activité en ergothérapie sera thérapeutique si elle vise à favoriser le bien-être de la personne et regroupe donc le plaisir, le ressourcement, la productivité et/ou la socialisation en développant ses capacités motrices, sensorielles, cognitives et relationnelles. Ainsi, une activité doit être signifiante et significative pour la personne pour ainsi avoir du sens à ses yeux en fonction de ses croyances, ses valeurs, ses intérêts et ses motivations (Polatjko, 2008). Une activité est de différents types : les activités de soins personnels, de productivité et de loisirs. Ainsi, l'ergothérapeute va se servir de l'activité pour favoriser l'engagement occupationnel de la personne. L'engagement occupationnel est le fait de s'investir dans une activité signifiante de la phase d'initiation jusqu'à sa réalisation. L'ergothérapeute auprès des personnes présentant un chemobrain va donc évaluer de façon précoce le retentissement des troubles cognitifs en milieu écologique pour ensuite mettre en place un plan d'intervention et favoriser un réengagement occupationnel dans les activités grâce à l'adaptation de leur environnement. Ainsi, les deux ergothérapeutes australiennes ont développé grâce à ce modèle une évaluation écologique, centrée sur la personne se nommant Perceive, Recall, Plan, Perform.

### ***2.3.2 Evaluation de la performance occupationnelle : PRPP***

Les deux auteures ergothérapeutes australiennes Christine Chapparo et Judy Ranka ont développé un système d'analyse de la tâche en 1985 appelé « *Perceive, Recall, Plan, Perform* » (PRPP) qui se traduit en français par « percevoir, se rappeler, planifier et exécuter » visible en Annexe 9. L'outil d'évaluation qui en découle s'appelle le « *PRPP Assesment* » soit en français « PRPP évaluation ». C'est une évaluation et un modèle d'intervention basé sur l'OPM-A et sur la théorie du processus de traitement de l'information de Romiszowski en 1984 visible en Annexe 10. C'est donc une grille d'analyse d'une tâche en deux étapes qui permet de comprendre les stratégies cognitives mises en oeuvre par la personne dans ses occupations quotidiennes. C'est une démarche clinique en trois temps : une évaluation se scindant en deux stades, suivi de la phase d'intervention.

Cette évaluation a été développée en réaction à un besoin exprimé par les ergothérapeutes parce qu'il manquait de bilan, spécifique aux ergothérapeutes, pour évaluer la dimension cognitive et la performance occupationnelle, sur une clientèle variée. En effet, les évaluations cognitives qui existaient déjà étaient, pour la plupart, validées seulement pour un public ayant une lésion cérébrale. Ainsi, à la suite de ces constats, Christine Chapparo et Judy Ranka ont souhaité développer un outil qui serait standardisé, flexible afin que sa passation soit réalisable avec différentes pathologies, aisé dans la passation, peu onéreux, se focalisant sur les troubles cognitifs et le traitement de l'information.

#### **2.3.2.1 L'objectif du PRPP**

L'objectif de cet outil est de déterminer l'impact fonctionnel des troubles cognitifs de la personne dans ses activités quotidiennes, de comprendre ses stratégies cognitives utilisées et son traitement de l'information nécessaires à sa performance occupationnelle. Cette évaluation ne permet pas de dire quels sont précisément les structures cognitives qui sont altérées mais permet de rendre compte des processus cognitifs qui sont déficitaires chez la patiente en analysant les conséquences que cela peut avoir dans son quotidien.

#### **2.3.2.2 Les avantages du PRPP**

Les **avantages** de ce bilan sont tout d'abord d'évaluer en milieu semi-écologique (dans le cadre d'une hospitalisation dans une structure) ou écologique (lorsque l'évaluation se déroule dans un environnement signifiant pour la personne) le retentissement des atteintes cognitives sur l'accomplissement d'activités (Chapparo et Ranka, 2014). Ainsi, des imprévus peuvent survenir puisque le contrôle de la tâche et de l'environnement ne sont pas dépendants de l'ergothérapeute.

Les tâches évaluées peuvent aller de la simple tâche (se brosser les dents par exemple), à une routine (se préparer le matin), à un rôle (de père), mais également à une séquence (habillage) (Chapparo et Ranka, 2014). Il n'y a donc pas d'activité prédéfinie comme par exemple dans le AMPS (Bray et al, 2001) ce qui laisse l'ergothérapeute libre dans le choix le plus pertinent de la tâche à évaluer dans une situation signifiante pour la patiente. Par conséquent, il n'y a pas de biais d'apprentissage de la patiente car ce sont ses habitudes de vie qui sont évaluées. C'est donc une évaluation dite « *top-down* » qui permet « *d'améliorer directement la performance occupationnelle* » selon Bernatchez, Tetreault et Nadeau, (2010). Ainsi, le PRPP qui est une approche fonctionnelle et compensatoire grâce aux stratégies de compensation et se retrouve donc dans cette approche « *top-down* » et client-centré. Il pourrait donc permettre de cibler les déficits cognitifs que peut engendrer le traitement par chimiothérapie sur les patientes atteintes de cancer du sein dans leurs occupations. Le terme « *top-down* » selon les ergothérapeutes est centré sur l'amélioration de la performance dans les occupations et non centré sur les habiletés.

La passation du PRPP peut se faire auprès de personnes de tout âge, que ce soit de la pédiatrie à la gériatrie. De plus, ce bilan est adapté à toutes les pathologies puisqu'on s'axe sur les habitudes de vie de la personne. Chapparo et Ranko ont développé le PRPP vers d'autres versions tels que le PRPP Work, le PRPP School et le PRPP Interview permettant de s'adapter aux situations des personnes. La passation de ce bilan est peu onéreuse et ne demande pas de matériel particulier. Le vocabulaire employé dans cette évaluation est spécifique à notre profession mais permet des échanges aisés avec l'équipe interprofessionnelle.

La performance occupationnelle est évaluée par rapport à la personne et à ses habitudes de vie et n'est donc pas comparée à autrui. Ainsi, la cotation proposée par le PRPP permet une réévaluation ultérieure afin de pouvoir comparer les données (Steultjens, Voigt-Radloff, Leonhart et Graff, 2012). C'est donc une évaluation critériée et quantifiée au niveau de la maîtrise de la tâche. Ainsi, la réalisation en amont de l'anamnèse de la personne en évoquant son histoire de vie, ses rôles, ses valeurs, ses intérêts ainsi que son environnement humain et physique est indispensable grâce à un entretien et des questionnements sur ses habitudes de vie et son profil occupationnel. Finalement, ce bilan facilite l'analyse et le diagnostic en ergothérapie qui permet par la suite d'établir un plan d'intervention.

Ce système d'analyse de la tâche a été utilisé auprès de femmes reprenant une activité professionnelle après leur cancer du sein, dans une étude de Lewis, Chapparo, Mackenzie et



Ranka, (2016). Cette dernière conclut que le PRPP a été identifié comme un outil de mesure pertinent pour détecter leur performance dans des tâches dédiées à leur travail et permet donc d'identifier les stratégies cognitives pour pallier aux troubles cognitifs de ces femmes.

### **2.3.2.3. Les qualités psychométriques du PRPP**

Les qualités psychométriques d'un outil selon Sorita, (2019), permettent de renseigner sur la validité, la fidélité, la spécificité et la sensibilité d'une évaluation. Concernant le PRPP, il a une bonne fidélité inter et intra juges. En effet, l'activité est détaillée en sous-tâches de façon explicite. C'est une évaluation critériée. En effet, des critères importants sont présents : il a un but précis, il est référencé via un modèle qui est l'OPM-A, il a une méthode de cotation et une procédure d'évaluation strictes, il a une validité écologique et il est standardisé (chaque évaluateur peut reprendre de manière aisée ce qui a été écrit précédemment par un autre thérapeute). De plus, cet outil est validé en anglais auprès de tout type de population, que ce soit de l'enfant à la personne âgée et auprès de toutes situation de handicap. Des études avec ce bilan ont été menées sur des pathologies telles que la schizophrénie (Aubin, Chapparo, Gélinas, Stip et Rainville, 2009), la lésion cérébrale (Fry et O'Brien 2002 ; Nott et Chapparo, 2008, Nott et Chapparo, 2012), la maladie de Parkinson (Van Keulen-Rouweler et al, 2017), la démence (Steultjens, Voigt-Radloff, Leonhart et Graff, 2012). Le PRPP n'est pas normé, ce qui permet de réaliser l'activité choisie par la personne comme elle l'exécute quotidiennement. En terme de temporalité, la passation du PRPP varie selon l'atteinte cognitive de la personne en question, ainsi qu'en fonction de l'activité choisie par la personne.

Pour pouvoir réaliser la passation de ce bilan, une formation est nécessaire. Celle-ci se déroule en deux temps. Premièrement, une formation de cinq jours est nécessaire pour l'évaluation et deuxièmement une seconde formation de cinq jours pour l'intervention. Cette formation est réalisée en anglais et n'est actuellement pas disponible en France. Elle peut être réalisée en Angleterre, en Norvège et au Canada. Cependant, il y a un travail de traduction du PRPP qui est en train de se réaliser auprès de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) et de l'équipe québécoise afin de traduire le manuel mais également les supports pédagogiques en français afin que la formation soit accessible dans la francophonie européenne et nord américaine.

### **2.3.2.4 Passation du PRPP**

Afin de réaliser la passation dans les meilleures conditions possibles, l'ergothérapeute doit comprendre en amont comment l'activité est effectuée par la personne et établir avec la patiente atteinte de chemobrain des sous-tâches en fonction de ses habitudes de ses vie. Ces

sous-tâches sont ensuite notées dans la grille de cotation de l'outil visible en Annexe 9. Cela permet une reproductibilité intra et inter-individuelle de façon optimale. Les résultats obtenus ne sont pas comparés à une norme ce qui permet une réévaluation quantitative sans comparaison avec d'autres patientes atteintes de chemobrain. Puis, la passation se déroule en deux étapes. L'explication de la passation est visible en Annexe 11. L'enregistrement de la personne grâce à une vidéo est possible sous autorisation préalable de cette dernière. Cette évaluation, en complémentarité avec d'autres bilans, permet ensuite de planifier un plan d'intervention en interdisciplinarité qui permettra à la patiente atteinte de chemobrain de compenser, de restaurer et/ou d'adapter son quotidien au vu de ses habiletés cognitives.

### **3. Question de recherche et hypothèse**

Pour rappel, ce travail d'initiation à la recherche a pour objectif de répondre de répondre à la question de recherche suivante : *Comment un ergothérapeute peut-il évaluer les répercussions cognitives induites par la chimiothérapie chez les femmes ayant un cancer du sein avec un outil d'évaluation écologique en complémentarité avec les tests neuropsychologiques ?*

L'étude de la littérature dans la partie conceptuelle m'a permis d'émettre l'hypothèse suivante : L'utilisation du PRPP par l'ergothérapeute en complémentarité avec des bilans neuropsychologiques permettrait d'objectiver des difficultés cognitives rencontrées dans des tâches de la vie quotidienne et ainsi d'orienter la prise en charge afin d'améliorer la performance et l'engagement occupationnels des femmes dans leurs activités significatives.

### **4. Partie expérimentale**

Pour répondre à ma question de recherche citée ci-dessus, je souhaite réaliser une étude expérimentale qui aura pour but de confirmer ou d'infirmer mon hypothèse.

#### **4.1 Pré-enquête**

##### ***4.1.1 Objectif de la pré-enquête***

Selon Hutchinson, Hosking, Kichenadasse, Mattiske et Wilson, (2012), 16 à 75% des troubles cognitifs sont objectivés aux tests neuropsychologiques. Ainsi, les plaintes des patientes ayant un chemobrain ne sont pas toujours objectivées via les tests littéraires réalisés en neuropsychologie notamment. J'ai donc interrogé un neuropsychologue dans le but d'obtenir son avis vis-à-vis de ce constat. Cette pré-enquête a pour but d'obtenir l'avis d'un neuropsychologue sur le potentiel intérêt d'une évaluation écologique en ergothérapie pour pallier le manque d'objectivation des plaintes cognitives aux tests neuropsychologiques.

### **4.1.2 Méthodologie**

Pour mener à bien cette pré-enquête, par le biais d'une méthode qualitative, j'ai réalisé un entretien par visioconférence auprès d'un neuropsychologue. Ce dernier s'est spécialisé après son master de psychologie dans la neuropsychologie. Il a travaillé auprès de personnes âgées puis a commencé une thèse récemment et réalise donc de la recherche clinique en oncologie. De plus, il effectue des consultations mémoire auprès de différentes populations mais également auprès de femmes ayant un cancer du sein.

### **4.1.3 Analyse et résultat**

La retranscription de l'entretien réalisé avec le neuropsychologue pour ma pré-enquête est en Annexe 12. Ce dernier explique tout d'abord que les plaintes cognitives énoncées par les patientes « *se rapportent à la mémoire* » et premièrement à « *la mémoire prospective* » avec des déficits d'ordre attentionnel et exécutif, et deuxièmement à la « *mémoire épisodique ou de travail* ». De plus, il m'explique qu'elles parlent de leurs problématiques cognitives à travers des **situations de vie quotidienne**, il explicite « *une plainte cognitive c'est une plainte sur la vie quotidienne* » et donne des anecdotes cliniques telles que « *revenir chez soi et vérifier qu'on a bien fermé sa porte à clé* », « *revenir au magasin parce qu'on a oublié d'acheter quelque chose d'important* », « *oublier de souhaiter l'anniversaire de sa fille* ».

D'après le neuropsychologue interrogé, **les bilans réalisés en neuropsychologie n'objectivent pas toujours les plaintes cognitives** des femmes ayant un chemobrain « *on a en général peu de plaintes qui sont objectivées chez des patientes jeunes, jusqu'à 65 ans généralement* ». De plus, il explique que ce sont davantage les fonctions exécutives qui sont le moins objectivées « *on observe un fort décalage entre les plaintes concernant par exemple les fonctions exécutives et ce qu'on va observer dans nos tests qui ont pour ambition d'évaluer objectivement les fonctions exécutives* ». Ce dernier utilise des bilans tels que ceux présentés précédemment dans la batterie du Grec-Onco ainsi que le Fact-Cog pour la plainte cognitive. De plus, il évalue les co-facteurs puisqu'il explique que les troubles cognitifs sont multi factoriels et qu'ils peuvent être secondaires à une symptomatologie anxio-dépressive, à des variables socio-démographiques, à des prédispositions génétiques, à de l'asthénie, ...

Le neuropsychologue interrogé **n'utilise pas dans sa pratique d'évaluations écologiques**. En effet, il estime que ce sont des évaluations « *gourmandes en temps, en ressource, en personnes formées et en logistique* ». De plus, il explique que la standardisation des évaluations écologiques lui semble plus difficile et qu'en tant que neuropsychologue, il

souhaite pouvoir comparer des scores à des populations de référence. Il relate que les tests papier/crayon sont « *très très loin de la vie quotidienne* » mais qu'ils sont « *plus faciles à standardiser* ». Comme les plaintes des patientes sont des plaintes de vie quotidienne, il explique qu'il est nécessaire d'avoir « *un diagnostic fonctionnel* ». Ainsi, il développe le fait que plus nous avons des évaluations et des résultats qui se rapprochent de la vie quotidienne, plus notre stratégie d'accompagnement sera adaptée aux réelles difficultés des patientes. Ainsi, il pense qu'une évaluation écologique spécifique aux fonctions cognitives et exécutives pourrait aider à l'identification du retentissement de ces troubles cognitifs dans la vie quotidienne de ces femmes.

Selon l'entretien réalisé avec le neuropsychologue, une évaluation écologique évaluant le retentissement des troubles cognitifs dans le quotidien lui paraît pertinent et judicieux. En effet, puisque dans les bilans littéraux, des troubles cognitifs ne sont pas objectivés, il estime que cette **compétence peut « être partagée » avec les ergothérapeutes « à la condition d'une formation adéquate »**. En effet, nous savons que le PRPP par exemple demande une formation de cinq jours pour le volet « évaluation » et une seconde formation de cinq jours également pour le volet « intervention ». Pour conclure, ce neuropsychologue serait « *le premier heureux* » de partager cette compétence en interdisciplinarité pour avoir une prise en charge la plus adaptée et personnalisée possible.

## **4.2. Méthodologie de l'enquête**

### ***4.2.1 Objectif de l'enquête***

J'ai choisi d'utiliser une approche hypothético-déductive dans ce mémoire de recherche. En effet, je me suis posée des interrogations et grâce aux recherches théoriques, j'ai pu aboutir à une question de recherche et à une hypothèse. Grâce à la phase expérimentale, où je vais pouvoir récolter des données cliniques, je pourrai par la suite valider ou invalider mon hypothèse. L'objectif principal de cette enquête est de savoir si un outil d'évaluation fonctionnelle tel que le PRPP serait pertinent dans le cadre du chemobrain, en interdisciplinarité avec les évaluations réalisées en neuropsychologie. Puis les objectifs de mon enquête sont de :

- Connaître les pratiques des ergothérapeutes sur l'évaluation fonctionnelle des troubles cognitifs ;
- Comprendre les stratégies et les bilans utilisés par les ergothérapeutes pour évaluer l'impact des troubles cognitifs sur la performance occupationnelle ;

- Savoir si le PRPP peut être adapté dans le cadre du chemobrain d'après les ergothérapeutes interrogées et à quelles conditions.

## ***2.2 Sélection des participants***

Pour pouvoir répondre à ma question de recherche, il me semblait pertinent d'interroger des ergothérapeutes puisque ce sont des experts des évaluations écologiques et les seuls qui peuvent être formés au PRPP. J'ai établi des critères d'inclusion et d'exclusion. Mes **critères d'inclusion** sont les suivants : avoir le diplôme d'état d'ergothérapeute, être formé au moins au volet « évaluation » du PRPP et avoir déjà pratiqué ce bilan dans sa pratique clinique. Le seul **critère d'exclusion** était de ne pas être formé au PRPP. En effet, pour ma partie exploratoire, j'utilise l'entretien semi-structuré que je détaillerai par la suite. Étant donné que peu d'ergothérapeutes français exercent en oncologie, et que seulement deux ergothérapeutes français sont formés au PRPP, j'ai dû élargir mes recherches à l'international. Ainsi, grâce à un travail de réseau, j'ai eu le contact d'une ergothérapeute française formée au PRPP. J'ai contacté cette dernière à l'aide d'un mail qui a accepté de réaliser un entretien. J'ai également eu le contact d'ergothérapeutes canadiens formés au PRPP par le biais de l'ANFE. Puis grâce aux réseaux sociaux, j'ai trouvé un groupe se nommant « PRPP au Québec » où j'ai demandé en amont l'autorisation de poster un message sur ce groupe visible en Annexe 15. Ainsi, j'ai eu une réponse favorable d'une ergothérapeute pour réaliser un entretien.

### ***4.2.3 Choix de l'outil***

#### **4.2.3.1 Argumentation de l'outil**

Étant donné que je souhaite avoir l'avis d'ergothérapeutes formés au PRPP vis-à-vis de l'évaluation du retentissement dans le quotidien des troubles cognitifs induits par la chimiothérapie, un avis est par définition subjectif. L'outil qui me semblait le plus adapté était donc l'entretien individuel qui est un outil qualitatif. Une approche qualitative « *cherche à comprendre, elle ne cherche pas à mesurer* » selon Morel-Bracq (2016). Il existe trois types d'entretiens : l'entretien dirigé ou structuré, semi-dirigé ou semi-structuré et l'entretien libre. Selon Tétrault et Guillez, (2014), l'entretien est « *une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées ou représentations. Celle-ci peut décrire ses expériences et son contexte de vie* ». Il me semble que l'entretien semi-structuré était le plus pertinent vis-à-vis de mon sujet. En effet, les questions posées à l'interlocuteur sont de types « ouvertes » et « fermées » ce qui a l'avantage de pouvoir relancer l'interlocuteur si jamais la question est mal comprise.

#### **4.2.3.2 Construction de l'outil**

Mener des entretiens semi-structurés demande une préparation au préalable. J'ai donc réalisé un guide d'entretien visible en Annexe 13. Celui-ci m'a permis de structurer mon entretien et de le standardiser vis-à-vis des personnes interrogées. Dans les entretiens semi-structurés, la plupart des questions sont ouvertes. De plus, il peut y avoir des questions de relance permettant de reformuler les dires de la personne interrogée ou si la question est mal comprise par l'interlocuteur, de pouvoir l'explicitier. Ces dernières permettent donc d'enrichir le discours. J'ai réalisé deux trames d'entretiens différentes : une pour la pré-enquête avec le neuropsychologue et une pour l'enquête avec les ergothérapeutes. Pour les construire correctement, j'ai suivi les conseils donnés dans le livre « *Guide pratique de recherche en réadaptation* » (p.215-242) de Tétrault et Guillez (2014).

Premièrement, il s'agit de l'introduction. Dans cette partie, je me suis présentée. Elle permet également d'introduire le thème de la recherche. J'ai pu exposer l'objectif général de la recherche afin de ne pas influencer les professionnels interrogés, même si ces derniers savaient déjà la thématique de ma recherche avec les échanges par mails que nous avons pu avoir au préalable. Puis j'ai expliqué le déroulement de l'entretien et les thèmes que je souhaitais aborder à travers notre discussion. Ces derniers concernaient leur parcours professionnel, les évaluations utilisées dans leur globalité, le PRPP et l'interprofessionnalité.

Deuxièmement, j'ai indiqué les considérations éthiques des entretiens, c'est-à-dire que je leur ai demandé si l'entretien pouvait être enregistré. À savoir que les participants ont rempli et signé un formulaire de consentement appelé « Consentement à la fixation, reproduction et exploitation de l'image ou d'un autre attribut de la personnalité » afin que je puisse exploiter les données ressorties des entretiens semi-structurés. Les consentements du neuropsychologue et des ergothérapeutes interrogés sont visibles en Annexe 14. Les participants ont donné leur autorisation, qu'elle soit manuscrite ou informatisée, d'enregistrer notre entretien et d'analyser les données.

Troisièmement, il s'agit du corps de l'entretien composé de questions en lien avec la thématique, visible en Annexe 13. J'ai volontairement scindé l'entretien en différentes parties afin que les participants se retrouvent aisément dans le déroulement de ce dernier. Je commence par demander leur parcours professionnel. Puis, je les questionne sur les évaluations utilisées pour évaluer le retentissement dans la vie quotidienne et la performance occupationnelle, les différences qu'ils retrouvent entre évaluations écologiques et évaluations papiers/crayon. Ces questions permettent de les interroger sur leurs pratiques. Ensuite, une

partie est consacrée à l'interprofessionnalité. Enfin, la dernière se consacre au PRPP pour savoir ce qu'ils en pensent, ses particularités et ses caractéristiques, comment ils l'ont inclus dans leur pratique clinique.

Finally, the fourth part allows to conclude and to open towards the future. Thus it seemed to me relevant to ask them what would be necessary to develop the PRPP in France. Then I asked them if they had elements to add that I had not evoked and which seemed essential vis-à-vis of my research. This allowed me to obtain information that I would not have had with the questions asked during the interview. Finally, I thank them for the time they gave me and for the answers to my questions.

#### **4.2.3.3. Organisation et réalisation des entretiens semi-structurés**

I tested in advance my interview frame in order to know if the questions asked were adapted and comprehensible. This pre-test was carried out with colleagues from the promotion. To allow me to carry out the semi-directed interviews well, I had to find ergotherapists trained in PRPP for my qualitative research. I carried out the three interviews in the month of February. These were carried out either by videoconference or by telephone call because of the geographical distance. To communicate and record our conversations, I used either my mobile phone, or my laptop.

### **4.3. Résultats et analyses des données**

#### ***4.3.1 Présentation des participants***

The table below allows to define the profiles of the interviewed ergotherapists :

	<b>Ergothérapeute 1 (E1)</b>	<b>Ergothérapeute 2 (E2)</b>	<b>Ergothérapeute 3 (E3)</b>
<b>Date d'obtention du diplôme d'ergothérapie</b>	1991	2004	2015
<b>Année de formation au PRPP (au moins la partie évaluation)</b>	Dans les années 2000 environ	2011 Fait partie de la traduction du PRPP	2019 Fait partie de la traduction du PRPP
<b>Lieu d'exercice actuel</b>	Hôpital en soins de courtes durées au Québec auprès d'une population adulte	Hôpital en santé mentale au Québec auprès d'une population adulte	Unité cognitive-comportementale et Service de Soins de suite et de Réadaptation (SSR) en France en gériopsychiatrie
<b>Date de l'entretien</b>	06/02/22	12/02/22	14/02/22

<b>Durée de l'entretien</b>	50 minutes	1 heure	45 minutes
<b>Mode de passation de l'entretien</b>	Visioconférence	Visioconférence	Téléphone

### 4.3.2 Analyse du contenu des entretiens

Premièrement, l'analyse du contenu est selon Bardin (2013) « *un ensemble de techniques d'analyse des communications, visant par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production/ réception (variables inférées) de ces messages* ». La retranscription des entretiens est visible en Annexe 16. Rappelons que l'analyse des entretiens s'est réalisée à l'aide des matrices d'entretiens créées grâce à la partie théorique visibles en Annexe 17.

#### 4.3.2.1 Evaluations des troubles cognitifs de façon littérale et de façon écologique

Les ergothérapeutes interrogées utilisent peu de tests dits **papier/crayon**. E1 explique que les tests littéraux peuvent rendre compte d'une problématique mais se pose la question du transfert en vie quotidienne : « *les tests papiers/crayon ne sont pas représentatifs à ce moment là, ils vont juste dire qu'il y a un problème. Et après ? Comment ça bascule dans les comportements fonctionnels, dans la réalisation d'activités.* ». De plus, les ergothérapeutes verbalisent que parfois les performances des personnes ne sont pas les mêmes dans le cadre d'une évaluation littérale neuropsychologique ou d'une évaluation écologique : « *Ça arrive que pour moi c'est l'apocalypse et que sur les tests papier/crayon ça va bien* » (E2), « *En fait nous avons les deux cas de figure, parfois papier/crayon bizarrement ça ne se passe pas si mal, et puis quand on les met en situation de vie réelle c'est la catastrophe. Et puis, il y a le contraire, c'est-à-dire des personnes qui échouent complètement aux tests papier/crayon et quand elles sont dans la situation de vie réelle avec des mises en situation écologiques, ça se passe beaucoup mieux* » (E3). Cette variation de performance peut s'expliquer par le fait que les évaluations réalisées en neuropsychologie se passent dans un milieu fermé afin d'évaluer les fonctions cognitives de manière isolée en limitant les interférences. Ainsi les conditions de passation sont littérales et standardisées dans un environnement favorisant le calme, comme l'explique E3 « *on n'aura jamais la complexité de la situation écologique* ». En revanche, les évaluations écologiques réalisées en ergothérapie évaluent le retentissement fonctionnel des troubles cognitifs dans le quotidien, et se font en situation de vie réelle. Il peut donc y avoir des imprévus ce qui permet de comprendre les stratégies adoptées par la personne. E2 aborde



cette notion « *lors d'évaluation écologique, les problèmes vont se générer tout seuls* ». E3 prend également en compte le niveau d'éducation et de scolarité de la personne et si elle a déjà eu l'habitude de réaliser des tests papier/crayon. En effet elle estime, que des patients sont entraînés à ces tests et par conséquent que ces bilans n'objectivent pas les réelles difficultés cognitives.

Pour l'unanimité des ergothérapeutes, les **évaluations écologiques** sont « *le coeur de notre métier* » (E3) et sont de type top-down. Ces dernières ont donc de nombreux avantages. En effet selon elles, plus les évaluations se rapprochent de la vie quotidienne de la personne, et plus le plan d'intervention établi par la suite sera efficace puisqu'il sera en adéquation avec les habitudes de vie de la personne évaluée. De plus, l'environnement est important à prendre en compte selon les ergothérapeutes. Ainsi les ergothérapeutes ne pouvant pas réaliser de visites à domicile essayent de « *créer des environnements les plus similaires possibles* » (E1). Un des avantages recensé par E2 est qu'elle peut voir les relations sociales qu'une personne peut avoir dans un lieu public, qui n'est pas un élément visible dans les évaluations littérales. Selon E3, des personnes prennent même « *plaisir à être évaluées* » puisqu'on peut choisir une activité qui a du sens pour la personne. Or, dans les évaluations littérales, les personnes sont souvent dans l'inconnu qui peut être source d'anxiété. Les ergothérapeutes expliquent aussi que l'avantage de ce type d'évaluation est que des contraintes se génèrent de façon aléatoire et automatique en fonction du lieu où la personne se trouve et de l'activité à réaliser ce qui est rarement le cas lors d'évaluation réalisée en espace clos. E2 explique que les évaluations dites écologiques sont toujours biaisée par la présence du thérapeute. Elle estime qu'il faut donc nuancer nos propos lors de la rédaction des comptes rendus. Cependant, elle exprime le fait qu'il est important et nécessaire d'évaluer les patients le plus écologiquement possible. E2 explique qu'elle « *voit des choses que les autres ne voient pas car je vais les garder longtemps* » en terme de temps. Elle raconte que lors d'évaluation écologique, la personne va éprouver de la fatigue cognitive ce qui permet au thérapeute de comprendre réellement les déficits cognitifs qui sont mis en jeu, « *c'est là que ça dérape* ». En revanche, ces évaluations écologiques présentent une limite non négligeable, elles sont coûteuses en terme de logistique. En effet, elle demande du temps aussi bien pour la planification, l'organisation et la réalisation de l'évaluation que pour la rédaction du compte rendu qui s'opère ensuite.

Les ergothérapeutes interrogées utilisent toutes le **PRPP** en terme d'évaluation écologique ainsi que « *des mises en situation* » et des « *observations* » dans la vie du service. E1 utilise également des « *évaluations de l'aptitude ou de l'inaptitude* » qui permet de

percevoir les capacités qu'a une personne âgée atteinte de troubles cognitifs à gérer ses finances et ses biens, selon Giroux et al, (2015) comme « *l'Évaluation Montréalaise des Activités Financières (EMAF)* » mais aussi « *le Cognitive Competency Test* » qui est utilisé pour évaluer la dimension cognitive chez les personnes atteintes de démence, selon Zur et al, (2013). E1 utilise également « *l'évaluation perceptuelle de l'Ontario Society of Occupational Therapists (EP-OSOT)* » pour identifier les capacités et les limitations perceptuelles dans des situations de vie quotidienne de l'adulte cérébrolésé, selon Boys et al, (1988). E2 utilise parfois « *le test des errances multiples* », et l'EMAF qu'elle va coupler avec des mises en situation d'achats en boutique. Finalement E3, utilise aussi le test des errances multiples qu'elle estime « *intéressant pour compléter des tests papiers/crayons* ». On retrouve toujours la dimension fonctionnelle dans les évaluations citées par les ergothérapeutes.

Les trois ergothérapeutes utilisent le PRPP pour évaluer **l'engagement** et la **performance occupationnelle** dans l'activité. E1 utilise également le MOHOST et le AMPS. Elle explique clairement qu'elle couple le AMPS et le PRPP pour évaluer la performance occupationnelle de manière complète, le AMPS pour « *la dimension physique* » et le PRPP « *pour la dimension cognitive à partir des quatre cadrants* ». E2 explique qu'elle utilise le MOHO, le Volitional Questionnaire, des outils d'entretien de type OCAIRS, mais également des auto-évaluations comme OSA. Elle explique qu'il faut combiner les évaluations écologiques avec des auto-évaluations pour « *avoir une vision globale de la personne* ». E3 exprime utiliser beaucoup l'observation et les mises en situation qui ont du sens pour la personne dans ses évaluations puisqu'elle estime que ces évaluations génèrent des détails qui peuvent ne pas être visibles dans des évaluations davantage littérales.

En revanche, la principale limite évoquée par les ergothérapeutes est le temps de passation des évaluations écologiques qui demandent des ressources logistiques conséquentes.

#### **4.3.2.2 PRPP**

Pour les trois ergothérapeutes interviewées, le PRPP est « *une révélation de carrière* » (E1), « *un de mes outils préférés* » (E2), « *un outil assez exceptionnel qui est d'une grande richesse* » (E3). Les avantages de ce bilan recensés par les ergothérapeutes sont qu'il peut être utilisé pour une tâche à échelle microscopique mais aussi pour une activité à échelle macroscopique. En effet il n'y a pas d'activité prédéfinie comme dans le AMPS par exemple. Selon E3 « *c'est précieux* » puisqu'on peut choisir avec la personne l'activité qui pose le plus de difficultés en fonction de ses habitudes de vie. Ainsi, il peut aussi bien s'agir d'une activité de base de la vie quotidienne que d'une activité instrumentale. De ce fait, le PRPP permet

d'aller approfondir une tâche qui aurait posé question pendant l'activité, d'analyser la stratégie cognitive mise en place et de comprendre si elle était efficace et dans le cas contraire de comprendre pourquoi elle n'était pas efficace. E2 explique « *tu peux vraiment creuser contrairement au AMPS qui a une certaine rigidité dans ce que t'observes où la tâche elle doit être faite de telle façon et la personne ne peut pas la faire comme elle fait en fonction de ses habitudes de vie* ». De plus, selon E2, le jugement du thérapeute vient s'ajouter dans le PRPP, élément qui est omis dans le AMPS, ce qui donne donc une plus value au PRPP. De plus, c'est une évaluation « *pour tout âge, toutes pathologies, toutes cultures, pour n'importe quoi et à n'importe quelle situation* » (E1), avec un vocabulaire et des verbes d'action compréhensibles par le patient, la famille et l'équipe interdisciplinaire. Ainsi selon E1, ce bilan permet de rédiger des comptes rendus clairs en fonction des composantes du traitement de l'information cognitive et d'avoir un plan d'intervention établi en fonction des difficultés occupationnelles de la personne. E2 explique qu'elle rédige ses synthèses de façon qualitative grâce aux différents quadrants présents dans le PRPP. Ces derniers permettent de structurer ses écrits en sous-section. Ainsi, ils sont aisés à lire et à comprendre par l'équipe interdisciplinaire ainsi que par le patient. Finalement, c'est une évaluation top-down et structurée. Selon E3, c'est un « *outil basé sur l'observation* » qui est le coeur de notre métier, le PRPP « *permet vraiment de comprendre les stratégies cognitives qui sont mises en oeuvre par la personne dans ses activités quotidiennes* ».

Le PRPP se focalise davantage sur l'aspect cognitif que sur l'aspect moteur qui serait plutôt la cible du AMPS. C'est d'ailleurs pour cet aspect que E1 s'est formée au AMPS « *j'ai voulu voir le côté opérationnel du AMPS mais il était limitatif je trouvais, il n'était pas assez bien développé, ce qui m'a propulsée vers le PRPP* ». Ainsi selon E1, le PRPP « *aide vraiment à mieux statuer sur le degré de sévérité fonctionnel mais sur fond cognitif* ». De plus E2 estime qu'il est suffisamment fin et précis pour savoir quel(s) type(s) de limitation(s) fonctionnelle(s) entre(nt) en jeu grâce à ses quadrants ce qui donne un aspect qualitatif au bilan. Revenons au chemobrain qui semble peu objectivé via les tests neuropsychologiques. Selon les trois ergothérapeutes interrogées, le PRPP serait adapté pour objectiver ces troubles considérés parfois comme légers ce qui peut être le cas dans le chemobrain « *Quand on combine nos notions de neurologie avec le PRPP, oui ça permet de voir des troubles mêmes légers.* » (E1) ; « *Oui si tu fais une évaluation assez longue* » (E2) ; « *Oui tout à fait* » (E3). En revanche, selon E2 il faut que la fatigue physique et cognitive entre en jeu pour comprendre les répercussions des troubles cognitifs dans le quotidien. En effet selon elle,

« parfois c'est impressionnant comme tout va bien, et au bout d'1h30 la personne commence à fatiguer et là tu remarques beaucoup de choses dans tes observations ». Ainsi elle estime qu'il faut observer la personne dans une activité dite complexe qui demande un enchaînement de tâches comme en situation de vie réelle pour objectiver ces troubles cognitifs. Pour E3, elle utilise le PRPP pour des troubles cognitifs plutôt légers. En effet, elle estime que plus les troubles cognitifs sont sévères, plus l'utilisation du PRPP est compromise de par la complexité du cerveau. De plus, elle étaye ses propos en expliquant que lorsqu'il s'agit de difficultés mnésiques spécifiques, l'utilisation du PRPP est plus aisée. En effet, dans un second temps lors de l'établissement du plan d'intervention, on pourra s'appuyer sur les capacités ressorties au PRPP afin de compenser les limitations de la personne.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, le PRPP n'est pas encore accessible à la formation en France et donc en français. Selon E2 et E3, qui sont incluses dans la traduction française du PRPP, il arriverait bientôt à la formation. De plus, selon E1, elle estime qu'il serait nécessaire qu'il y ait des cours enseignés dans le parcours de formation des étudiants en ergothérapie afin que ce bilan soit davantage connu auprès des futurs ergothérapeutes. E2 rappelle qu'une formation de cinq jours pour l'évaluation et une autre de cinq jours pour l'intervention sont nécessaires, ainsi « *il faudrait aussi que les ergothérapeutes n'utilisent pas les grilles sans formation* ». Enfin, E3 estime qu'il faut utiliser quotidiennement le PRPP pour se rappeler de l'administration de ce dernier, elle explique que « *si on ne l'utilise pas assez vite, on l'oublie il faut donc le pratiquer* ».

#### **4.3.2.3 L'interdisciplinarité vis-à-vis des troubles cognitifs**

Toutes les ergothérapeutes interrogées travaillent en équipe interdisciplinaire. Selon elles, cette collaboration est complémentaire et s'avère nécessaire puisque chaque profession a ses moyens pour parvenir à un objectif commun ce qui permet d'axer la prise en charge de chacun, comme en témoigne E1 « *Je vous dirais en moyenne que l'on est minimum trois en collaboration interprofessionnelle* ». En effet les évaluations fonctionnelles permettent de compléter les évaluations littérales et inversement. Dans le cadre de l'utilisation du PRPP, selon E2 « *c'est moi qui vais commencer et qui vais aiguiller la neuropsychologue en lui disant que j'ai vu ça, ça, ça* ». Ainsi selon cette citation, l'ergothérapeute de par son approche holistique va permettre d'aiguiller le neuropsychologue, avec ses compétences théoriques permettant d'avoir une analyse plus approfondie des fonctions cognitives touchées. Ainsi, E2 en situation fonctionnelle permet d'orienter les bilans qui peuvent être réalisés en neuropsychologie pour permettre de déceler les troubles cognitifs : « *si moi j'ai vu plus des*

*enjeux sur la perception de l'environnement pendant le PRPP, je vais l'orienter vers l'attention. Si j'ai vu des enjeux d'organisation, je vais l'orienter vers les fonctions exécutives* ». Selon les ergothérapeutes interrogées, il est donc nécessaire de travailler en interdisciplinarité mais il est également important de bien dissocier les compétences de chaque professionnel afin de ne pas perdre leur identité professionnelle comme l'explique E2 en ergothérapie « *on n'évalue pas les troubles mais le retentissement* ». De plus, E1 explique qu'au Québec, l'activité de l'ergothérapeute est encadrée par un code de déontologie. Ainsi l'évaluation clinique cognitive leur « *a été retiré il y a plusieurs années* » au profit « *d'évaluation fonctionnelle où on peut apprécier les fonctions cognitives* » où l'ergothérapeute a en effet une place prépondérante dans ce domaine.

Chaque profession a des évaluations qui lui sont propres mais qui ont un objectif commun, à savoir comprendre les troubles cognitifs que peut avoir la personne et ses répercussions dans le quotidien. Ainsi les modes de transmissions sont variés et de différents ordres. Les professionnels communiquent et échangent de manière formelle lors des réunions d'équipe, des rédactions de transmissions sur le logiciel spécifique à la structure, mais également de manière informelle lors d'échanges spontanés et d'appels téléphoniques entre professionnels. Ces transmissions permettent de transmettre les informations sur le patient entre les professionnels afin d'assurer la continuité des soins et de la prise en charge.

## **5. Discussion**

### **5.1. Interprétation des résultats**

La question que l'on se posait était de savoir si un outil d'évaluation écologique en ergothérapie serait pertinent pour évaluer le retentissement du chemobrain chez les femmes ayant un cancer du sein en complémentarité avec les tests neuropsychologiques. Ainsi, la discussion va permettre de mettre en relation les recherches théoriques, l'hypothèse posée et l'analyse des différents entretiens réalisés à la pré-enquête et à l'enquête.

Rappelons que le chemobrain peut être fréquent avec une prévalence pouvant aller jusqu'à 75% selon Bompaire, Durand, Léger-Hardy, Psimaras et Ricard, (2017). De plus, les troubles cognitifs peuvent être considérés comme légers mais peuvent avoir un réel impact sur la qualité de vie de la personne (Von Ah, Habermann, Carpenter et Schneider, 2013 ; Player, Mackenzie, Willis et Loh, 2014 ; Selamat, Loh, Mackenzie et Vardy, 2014). Enfin les fonctions touchées sont de différents ordres : les fonctions exécutives, mnésiques, attentionnelles et un ralentissement de la vitesse de traitement de l'information (Hardy, Krull,

Weferl et Janelseins, 2018). Ainsi, il semble nécessaire de pouvoir comprendre les retentissements que ces troubles peuvent avoir dans le quotidien de la personne. Selon les ergothérapeutes interrogées le PRPP est tout à fait adapté pour comprendre le retentissement des troubles cognitifs légers dans le quotidien des personnes. Cependant, l'activité à choisir en collaboration avec la personne devrait, selon les entretiens, faire intervenir la fatigue cognitive afin de repérer les impacts fonctionnels du chemobrain en situation de vie écologique. Elles ont également expliqué l'importance de détecter en situation de vie réelle les répercussions quotidiennes que les troubles cognitifs peuvent engendrer. Elles expliquent aussi considérer les habitudes de vie de la personne et les reproduire au plus proche de leur environnement, si la visite à domicile est impossible. De plus, ne pas avoir d'activité prédéfinie est un réel atout du PRPP. Des ergothérapeutes interrogées ont mis en balance le PRPP avec le AMPS en expliquant que ce dernier était moins sensible que le PRPP sur le volet cognitif. En effet, le AMPS s'axe sur les habiletés motrices et opératoires (Fisher et Jones, 2012) et semble donc moins approfondir le volet cognitif comme peut le faire le PRPP qui s'axe intégralement sur le volet opératoire ce qui permet une analyse fonctionnelle plus précise (Chapparo et Ranka, 2014). À la suite de l'analyse des entretiens réalisés, les personnes interrogées mettent en évidence que le PRPP permettrait d'évaluer les répercussions fonctionnelles que des personnes avec des troubles cognitifs de type chemobrain peuvent avoir dans leurs activités.

Les ergothérapeutes soulignent l'importance d'un travail interdisciplinaire dans l'évaluation de ces troubles cognitifs, Soum-Pouyalet, Sorita et Bélio, (2018) le rappelle également. En effet, en tant que thérapeute nous les voyons pendant la séance prévue à cet effet. Or, l'équipe soignante tel que les infirmiers et les aides-soignants par exemple sont davantage avec les patients. Il est donc nécessaire de transmettre les informations sur les patients de façon linéaire afin d'avoir une prise en charge holistique et la plus personnalisée possible comme le rappelle Dollet (2014). De plus, le travail en collaboration avec les neuropsychologues est primordial dans le cadre des troubles cognitifs. En effet, les neuropsychologues ont des compétences vis-à-vis du fonctionnement du cerveau et du comportement de la personne (Montel, 2014) et les ergothérapeutes ont des compétences centrées sur l'activité et l'occupation permettant de fournir une évaluation globale et étayée. Cependant cette collaboration peut avoir un inconvénient, celui de perdre son identité professionnelle. Il est donc important de comprendre le rôle de chaque profession afin d'évaluer les troubles cognitifs et leurs retentissements dans la performance et l'engagement occupationnel de la personne. Le neuropsychologue interrogé dans la pré-enquête et l'une des

ergothérapeutes interviewée dans l'enquête l'ont très bien verbalisé : des évaluations demandent une formation afin de pouvoir réaliser la passation de façon précise et fiable.

Pour ce mémoire de recherche, je me suis intéressée à la façon dont on pouvait évaluer, en tant qu'ergothérapeute, les troubles cognitifs induits par la chimiothérapie de façon écologique. Or peu d'ergothérapeutes travaillent en oncologie en France. De plus, le bilan PRPP n'est pas encore disponible en France, même si ça ne saurait tarder, ce qui m'a donné l'entrain de me questionner sur ce type d'évaluation. En effet, à la suite des recherches menées et aux entretiens réalisées avec des ergothérapeutes, j'ai espoir que les ergothérapeutes français puissent se former à ce bilan en français. Je pense donc à ma future pratique professionnelle, où l'intégration de ce bilan permettrait de développer davantage la pratique des ergothérapeutes et ainsi de renforcer nos compétences en matière d'évaluation écologique. De plus, j'ai l'intime conviction que le travail en équipe permet d'avoir une prise en charge holistique et complète grâce à l'identité professionnelle de chaque thérapeute. Ainsi, les ergothérapeutes interrogées confirment l'hypothèse émise. Cependant nous ne pouvons pas généraliser ce résultat au delà de cette enquête parce qu'elle présente des limites.

## **5.2. Limites de la recherche**

Tout d'abord concernant la population interrogée, peu d'ergothérapeutes sont formés au volet « évaluation » du PRPP en France. Ainsi, deux entretiens sur trois se sont donc réalisés auprès d'ergothérapeutes québécois qui peuvent ne pas avoir les mêmes pratiques que les ergothérapeutes français. En effet, ce bilan nécessite une formation qui n'est pas encore accessible en France. De plus, peu d'ergothérapeutes sont recensés dans le domaine de l'oncologie en France ce qui ne m'a pas permis d'interroger des ergothérapeutes français formés au PRPP et travaillant en oncologie auprès de femmes ayant des troubles cognitifs à la suite de la chimiothérapie. Enfin, l'échantillon d'ergothérapeutes interrogés est faible ce qui ne permet pas de généraliser mes données. Ainsi, il serait nécessaire de confronter cette étude de recherche à d'autres études du même thème afin de pouvoir corréler les points communs et donc augmenter la fiabilité.

## **5.3. Projection professionnelle**

La réalisation de ce mémoire m'a permis de développer mes compétences quant à la recherche scientifique et à la synthèse des écrits. De plus, j'ai pu approfondir le rôle que peut avoir l'ergothérapeute dans les évaluations fonctionnelles ainsi que notre place auprès de la population oncologique. En effet, le cancer est un véritable enjeu de santé publique et

d'actualité. La place que peut avoir l'ergothérapeute dans ce domaine m'a particulièrement intéressée notamment à travers l'évaluation fonctionnelle. L'attrait que j'avais pour cette population s'est donc confirmé à travers ce mémoire de recherche même si peu d'ergothérapeutes travaillent dans ce domaine. De plus, cela m'a permis d'en apprendre davantage sur un bilan peu développé en France qui est le PRPP, qui sera normalement bientôt disponible. Cette démarche m'a donc confortée dans l'idée de me former tout au long de ma pratique professionnelle, que ce soit sur les pathologies mais également sur les bilans écologiques comme le PRPP. Lors de mes stages, j'ai eu une appétence pour le travail interdisciplinaire en équipe qui s'est concrétisé lors de ce travail de recherche. En effet, grâce aux compétences de chacun, la prise en charge de la personne se veut d'autant plus riche et holistique qui est l'une des valeurs de l'ergothérapie.

## **6. Conclusion**

Le cancer du sein est une maladie de plus en plus fréquente ayant des effets secondaires à la suite des traitements oncologiques. Cependant elle présente des pourcentages favorables en terme de rémission. Ce mémoire de recherche a permis de comprendre un effet indésirable encore méconnu qui est le chemobrain pouvant impacter la qualité de vie des femmes ayant un cancer du sein. En effet, il peut avoir des répercussions délétères sur les fonctions cognitives entraînant un sentiment de souffrance chez ces personnes. Cet effet indésirable serait d'origine multi factorielle mais de plus amples recherches sont à poursuivre pour comprendre ses causes, ses origines et son évolution au long terme. Depuis le plan Cancer 2014-2019, l'une des préoccupations est l'évaluation et le traitement de la plainte cognitive chez ces patientes. Cet effet secondaire est donc davantage perçu par les professionnels de santé. Le chemobrain peut s'avérer léger et peut ne pas être objectivé dans les tests neuropsychologiques, renforçant la détresse psychologique perçue par les patientes. L'ergothérapie qui est une profession encore peu développée dans le domaine de l'oncologie en France, a une approche qui se veut au plus près des habitudes de vie de la personne et de ce qui a du sens pour elle. Ainsi, il semble nécessaire d'accompagner ces personnes dans le processus d'évaluation et d'intervention dans le cadre du chemobrain. Dans ce travail de recherche, l'objectif était de comprendre la place de l'ergothérapeute dans l'évaluation écologique et fonctionnelle du chemobrain en interdisciplinarité avec les autres professionnels. Nous nous sommes donc demandés si un bilan spécifique à l'ergothérapie tel que le PRPP serait pertinent pour objectiver des troubles cognitifs induits par les traitements



en cancérologie dans la vie quotidienne de ces personnes. Dans la mesure où le PRPP prend en compte les habitudes de vie et l'environnement de la personne, qui est au coeur du métier d'ergothérapeute, il nous a semblé important de savoir si ce bilan serait adapté dans le cadre du chemobrain. Grâce aux recherches théoriques ainsi qu'aux différents entretiens réalisés, nous avons pu avoir des réponses aux questions posées notamment en terme d'objectivation de ces troubles cognitifs parfois considérés comme légers.

L'hypothèse de recherche portait sur l'utilisation du PRPP en complémentarité avec les tests neuropsychologiques qui permettraient d'objectiver les difficultés cognitives et le retentissement dans la vie quotidienne des femmes ayant un cancer du sein. Cette dernière semble en partie validée. Étant donné que les ergothérapeutes interrogées ne travaillent pas auprès d'une population oncologique, nous ne pouvons pas transférer leurs réponses à cette population. Au regard de ces résultats plutôt satisfaisants, il serait donc intéressant de poursuivre l'étude auprès d'ergothérapeutes formés à ce bilan et travaillant en cancérologie.

Enfin, pour ouvrir la réflexion sur le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en charge du chemobrain, il n'intervient pas seulement dans l'évaluation. En effet, lors d'un stage en oncologie où le chemobrain était une plainte récurrente chez les patientes, nous avons eu l'idée avec ma tutrice de réaliser un dépliant en trois volets sur le chemobrain visible en Annexe 18. Ce dernier a pour but d'expliquer cet effet secondaire, d'informer sur les fonctions cognitives qui peuvent être impactées, et de comprendre les astuces au quotidien à mettre en place. Ainsi, à travers cette brochure nous comprenons que l'ergothérapeute a non seulement un rôle dans l'évaluation fonctionnelle du chemobrain mais également dans l'accompagnement de la patiente vis-à-vis de la compréhension de ses difficultés et des stratégies d'adaptation à mettre en place au quotidien.

## **7. Références**

- Ahles, T. A., Saykin, A. J., McDonald, B. C., Furstenberg, C. T., Cole, B. F., Hanscom, B. S., Mulrooney, T. J., Schwartz, G. N., & Kaufman, P. A. (2008). Cognitive function in breast cancer patients prior to adjuvant treatment. *Breast Cancer Research and Treatment*, 110(1), 143–152. <https://doi.org/10.1007/s10549-007-9686-5>
- Anderson, J. E., Trujillo, M., McElroy, T., Groves, T., Alexander, T., Kiffer, F., & Allen, A. R. (2019). Early Effects of Cyclophosphamide, Methotrexate, and 5-Fluorouracil on Neuronal Morphology and Hippocampal-Dependent Behavior in a Murine Model. *Toxicological Sciences*, 173(1), 156–170. <https://doi.org/10.1093/toxsci/kfz213>
- Association Francophone des Soins Oncologiques de Support. (2020). *Que sont les soins de support ?* Repéré sur le site <https://www.afsos.org/les-soins-de-support/mieux-vivre-cancer/>
- Association Francophone des Soins Oncologiques de Support. (2020). *Troubles cognitifs et cancer (hors tumeurs du SNC)*. Repéré sur le site <https://www.afsos.org/fiche-referentiel/troubles-cognitifs-et-cancer-hors-tumeurs-du-snc/>
- Aubin, G., Chapparo, C., Gélinas, I., Stip, E., & Rainville, C. (2009). Use of the Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis for persons with schizophrenia : A preliminary study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(3), 189–199. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2007.00725.x>
- Bacqué, M.-F., & Baillet, F. (2009). Chapitre 5. Le corps et la tête face aux effets du cancer. Dans *La force du lien face au cancer* (p.153-215). Hors collection. Paris, France : Odile Jacob.
- Bagaragaza, E., Pujol, N., Evin, A., & Colombet, I. (2021). Méthodologies de la recherche en soins palliatifs : Les défis de l'interdisciplinarité. *Santé Publique (Vandoeuvre-Les-Nancy, France)*, 33(2), 199–209. <https://doi.org/10.3917/spub.212.0199>

- Barbier, J. M. (2011). *Vocabulaire d'analyse des activités*. Repéré sur le site [https://www.puf.com/content/Vocabulaire\\_danalyse\\_des\\_activit%C3%A9s](https://www.puf.com/content/Vocabulaire_danalyse_des_activit%C3%A9s)
- Bernatchez, M., Tetreault, S., & Nadeau, L. (2010). Déficience motrice cérébrale et performance occupationnelle : Application exploratoire d'une approche cognitive. *ERGOTHERAPIES*, 37, 53–59.
- Bolton, G., & Isaacs, A. (2018). Women's experiences of cancer-related cognitive impairment, its impact on daily life and care received for it following treatment for breast cancer. *Psychology, Health & Medicine*, 23(10), 1261–1274. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1500023>
- Bompaire, F., Durand, T., Léger-Hardy, I., Psimaras, D., & Ricard, D. (2017). Chemotherapy-related cognitive impairment or « chemobrain » : Concept and state of art. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 15(1), 89–98. <https://doi.org/10.1684/pnv.2017.0659>
- Boykoff, N., Moieni, M., & Subramanian, S. K. (2009). Confronting chemobrain : An in-depth look at survivors' reports of impact on work, social networks, and health care response. *Journal of Cancer Survivorship*, 3(4), 223–232. <https://doi.org/10.1007/s11764-009-0098-x>
- Boys, M., Fisher, P., Holzberg, C., & Reid, D. W. (1988). The OSOT Perceptual Evaluation : A research perspective. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 42(2), 92–98. <https://doi.org/10.5014/ajot.42.2.92>
- Bray, K., Fisher, A. G., & Duran, L. (2001). The validity of adding new tasks to the assessment of motor and process skills. *The American Journal of Occupational*

- Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 55(4), 409–415. <https://doi.org/10.5014/ajot.55.4.409>
- Brown, T., Sykes, D., & Allen, A. R. (2021). Implications of Breast Cancer Chemotherapy-Induced Inflammation on the Gut, Liver, and Central Nervous System. *Biomedicines*, 9(2), 189. <https://doi.org/10.3390/biomedicines9020189>
- Carlino, B. (2011). *Evaluation écologique des fonctions cognitives par mise en situation dans la vie réelle*. Repéré sur le site <https://docplayer.fr/33345332-Evaluation-ecologique-des-fonctions-cognitives-par-mise-en-situation-dans-la-vie-reelle.html>
- Chapparo, C., & Ranka, J. (1997). Definition of constructs as described in Chapparo, C., & Ranka, J. (1996). Occupational Performance Model (Australia) (Draft Manuscript). 3.
- Chapparo, C., & Ranka, J. (2014). *Le système d'analyse des tâches Percevoir, Rappeler, Planifier, Exécuter (PRPP)*. Repéré sur le site Modèle de performance professionnelle —OPM Australie. <http://www.occupationalperformance.com/the-perceive-recall-plan-perform-prpp-system-of-task-analysis/>
- Chaytor, N., & Schmitter-Edgecombe, M. (2003). The Ecological Validity of Neuropsychological Tests : A Review of the Literature on Everyday Cognitive Skills. *Neuropsychology Review*, 13(4), 181–197. <https://doi.org/10.1023/B:NERV.0000009483.91468.fb>
- Chevignard, M., Taillefer, C., Picq, C., Poncet, F., & Pradat-Diehl, P. (2006). Évaluation du syndrome dysexécutif en vie quotidienne. In *Évaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne* (p. 47–65). Springer-Verlag. [https://doi.org/10.1007/2-287-34365-2\\_6](https://doi.org/10.1007/2-287-34365-2_6)
- Chevignard, M., Taillefer, C., Picq, C., & Pradat-Diehl, P. (2008). Évaluation écologique des fonctions exécutives chez un patient traumatisé crânien. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 51(2), 74–83. <https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2007.10.008>

- Chevignard, M., Taillefer, C., Poncet, F., Noulhiane, M., & Pradat-Diehl, P. (2008). Ecological assessment of the dysexecutive syndrome using execution of a cooking task—PubMed. *Neuropsychological Rehabilitation*, 461–485.
- Chevignard, Taillefer, & Picq. (2008). Evaluation écologique des fonctions exécutives chez un patient traumatisé crânien. 51(2), 74–83. <https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2007.10.008>
- De Ruiter, M. B., Reneman, L., Boogerd, W., Veltman, D. J., van Dam, F. S. A. M., Nederveen, A. J., Boven, E., & Schagen, S. B. (2011). Cerebral hyporesponsiveness and cognitive impairment 10 years after chemotherapy for breast cancer. *Human Brain Mapping*, 32(8), 1206–1219. <https://doi.org/10.1002/hbm.21102>
- Dollet, A. (2014). Apprendre à coopérer pour promouvoir la santé. *Recherche en soins infirmiers*, N° 118(3), 62–74.
- Duivon, M., Perrier, J., Desgranges, B., & Giffard, B. (2018). Actualités sur la plainte cognitive associée au cancer du sein : La mémoire prospective, une mémoire oubliée. *Revue de neuropsychologie*, 10(3), 222. <https://doi.org/10.3917/rne.103.0222>
- Durand, T., Léger, I., Bompaire, F., Boone, M., Moroni, C., Delgadillo, D., Dornier, S., Psimaras, D., Noël, G., Taillia, H., & Ricard, D. (2016). Brain tumours : Treatments-related neurotoxicity and cognitive assessments. *Revue de neuropsychologie*, 8(3), 192–200.
- Fisher, A. G., & Jones, K. B. (2010). *Assessment of Motor and Process Skills. Vol. 1 : Development, Standardization, and Administration Manual* (7th éd., Vol. 1).
- Fisher, A., & Jones, B. (2012). AMPS | Outils d'évaluation | CRM OH | ULaval. *Centre de référence du modèle de l'occupation humaine*. Repéré sur le site <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/amps/>

- Fondation ARC pour la recherche sur le cancer; (2021). *Cancers du sein : Les traitements*  
Repéré sur le site <https://www.fondation-arc.org/cancer/cancer-sein/traitement-cancer>
- Fossati, P., Bergouignan, L., & Lemogne, C. (2010). 12. *Troubles cognitifs de l'épisode dépressif majeur*. Lavoisier. Repéré sur le site Cairn <https://www.cairn.info/les-etats-depressifs--9782257204073-page-99.htm>
- Fry, K., & O'Brien, L. (2002). Using the Perceive, Recall, Plan and Perform System to assess cognitive deficit in adults with traumatic brain injury : a case study. *Australian Occupational Therapy Journal*, (49), 182-187.
- Giffard, B., Lange, M., & Léger, I. (2015). Mild cognitive deficits in cancer : Their clinical assessment and management. *Revue de neuropsychologie*, 7(2), 127–134.
- Giroux, D., & Stibre, D. (2015). Validation de l'outil d'évaluation de l'aptitude (OÉA) : Une étude Delphi. *Canadian Journal on Aging = La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 34(4), 524–531. <https://doi.org/10.1017/S0714980815000458>
- Grzegorski, T., & Losy, J. (2017). Cognitive impairment in multiple sclerosis—A review of current knowledge and recent research. *Reviews in the Neurosciences*, 28(8), 845–860. <https://doi.org/10.1515/revneuro-2017-0011>
- Guihard, J.-P. (2007). Écologie thérapeutique ou thérapie écologique ? 15.
- Hardy, S. J., Krull, K. R., Wefel, J. S., & Janelins, M. (2018). Cognitive Changes in Cancer Survivors. American Society of Clinical Oncology Educational Book. *American Society of Clinical Oncology. Annual Meeting*, 38, 795–806. [https://doi.org/10.1200/EDBK\\_201179](https://doi.org/10.1200/EDBK_201179)
- Hardy-Léger, I. (2021). *Mémoire et cognition* | Etude CanTo. Repéré sur le site <https://www.etudecanto.org/memoire-et-cognition/>
- Hutchinson, A. D., Hosking, J. R., Kichenadasse, G., Mattiske, J. K., & Wilson, C. (2012). Objective and subjective cognitive impairment following chemotherapy for cancer : A

systematic review. *Cancer Treatment Reviews*, 38(7), 926–934. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2012.05.002>

Institut National du Cancer. (2019). *Dispositif d'annonce—Parcours de soins des patients*. Repéré sur le site <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Dispositif-d-annonce>

Institut National du Cancer. (2019). *Les outils pour accompagner le parcours personnalisé du patient—Parcours personnalisé du patient pendant et après le cancer*. Repéré sur le site <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Parcours-personnalise-du-patient-pendant-et-apres-le-cancer/Les-outils>

Institut National du Cancer. (2021). *La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030—Stratégie de lutte contre les cancers en France*. Repéré sur le site <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/La-strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030>

Institut National du Cancer. (2021). *Le Plan cancer 2014-2019—Les Plans cancer*. Repéré sur le site <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer/Le-Plan-cancer-2014-2019>

Institut National du Cancer. (2013). *Les traitements des cancers du sein*. Repéré sur le site <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-points-cles>

Janelins, M. C., Heckler, C. E., Thompson, B. D., Gross, R. A., Opanashuk, L. A., & Cory-Slechta, D. A. (2016). A clinically relevant dose of cyclophosphamide chemotherapy impairs memory performance on the delayed spatial alternation task that is sustained over time as mice age. *Neurotoxicology*, 56, 287–293. <https://doi.org/10.1016/j.neuro.2016.06.013>

- Janelins, M. C., Kesler, S. R., Ahles, T. A., & Morrow, G. R. (2014). PREVALENCE, MECHANISMS, AND MANAGEMENT OF CANCER-RELATED COGNITIVE IMPAIRMENT. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 26(1), 102–113. <https://doi.org/10.3109/09540261.2013.864260>
- Jean-Pierre, P., Johnson-Greene, D., & Burish, T. G. (2014). Neuropsychological Care and Rehabilitation of Cancer Patients With Chemobrain : Strategies For Evaluation and Intervention Development. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 22(8), 2251–2260. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2162-y>
- Joly, F. (2020). *Édito*. Repéré sur le site Cancer et Cognition <http://www.canceretcognition.fr/qui-sommes-nous/edito-2/>
- Kalfat, H. (2006). L'évaluation en ergothérapie : Quelles possibilités et quelles règles ? *erGOtherapies*, 21, 15–19.
- Kanaskie, M. L., & Loeb, S. J. (2015). The experience of cognitive change in women with breast cancer following chemotherapy. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 9(3), 375–387. <https://doi.org/10.1007/s11764-014-0387-x>
- Kielhofner, G. (2002). *A Model of Human Occupation : Theory and Application*.
- Koppelmans, V., Breteler, M. M. B., Boogerd, W., Seynaeve, C., Gundy, C., & Schagen, S. B. (2012). Neuropsychological performance in survivors of breast cancer more than 20 years after adjuvant chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 30(10), 1080–1086. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.37.0189>
- Lange, M., & Hardy-Léger, I. (2017). *La Lettre du Cancérologue*. XXVI(4), 182–186.



- Lange, M., Hardy-Léger, I., Licaj, I., Pistilli, B., Rigal, O., Le Fel, J., Lévy, C., Capel, A., Coutant, C., Meyer, J., Lerebours, F., Petrucci, J., Vanlemmens, L., Brion, M., Campone, M., Soulié, P., Blain, M., Vaz-Luis, I., Giffard, B., ... Joly, F. (2020). Cognitive Impairment in Patients with Breast Cancer before Surgery : Results from a CANTO Cohort Subgroup. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 29(9), 1759–1766. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-20-0346>
- Lange, M., Joly, F., Vardy, J., Ahles, T., Dubois, M., Tron, L., Winocur, G., Ruiter, M. B. D., & Castel, H. (2019). Cancer-related cognitive impairment : An update on state of the art, detection, and management strategies in cancer survivors. *Annals of Oncology*, 30(12), 1925–1940. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz410>
- Lange, M., Rigal, O., Clarisse, B., Giffard, B., Sevin, E., Barillet, M., Eustache, F., & Joly, F. (2014). Cognitive dysfunctions in elderly cancer patients : A new challenge for oncologists. *Cancer Treatment Reviews*, 40(6), 810–817. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2014.03.003>
- Laroche, S. (2001). *Les mécanismes de la mémoire*. Repéré sur le site Pour la Science. <https://www.pourlascience.fr/sd/neurosciences/les-mecanismes-de-la-memoire-4301.php>
- Le Fel, J., Daireaux, A., Vandebosshe, S., Heutte, N., Rigal, O., Rovira, K., Joly, F., & Roy, V. (2013). Impact des traitements en cancérologie sur les fonctions cognitives : Le point de vue des patients, leur attente et leur souhait de participer à des ateliers de rééducation cognitive. *Bulletin du Cancer*, 100(3), 223–229. <https://doi.org/10.1684/bdc.2013.1710>
- Léger, I., Fel, J. L., & Lange, M. (2016). *Évaluation cognitive dans le cadre d'un chemobrain/chemofog*. Dunod. Repéré sur le site <https://www.cairn.info/20-cas-cliniques-en-neuropsychologie--9782100740239-page-357.htm>

- Lewis, J., Chapparo, C., Mackenzie, L., & Ranka, J. (2016). Travail après un cancer du sein : Identification des difficultés cognitives à l'aide du système d'analyse des tâches Perceive, Recall, Plan and Perform (PRPP). *British Journal of Occupational Therapy*, 79(5), 323–332. <https://doi.org/10.1177/0308022616639983>
- Lezak, M. D. (1982). The Problem of Assessing Executive Functions. *International Journal of Psychology*, 17(1-4), 281–297. <https://doi.org/10.1080/00207598208247445>
- McNulty, M. C., & Fisher, A. G. (2001). Validity of using the Assessment of Motor and Process Skills to estimate overall home safety in persons with psychiatric conditions. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 55(6), 649–655. <https://doi.org/10.5014/ajot.55.6.649>
- Meyer, S. (2007). Démarches et raisonnements en ergothérapie. École d'études sociales et pédagogiques.
- Meyer, S. (2013). De l'activité à la participation. De Boeck-Solal.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021). *La France se dote pour la première fois d'une stratégie de lutte contre les cancers sur dix ans*. Repéré sur le site <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/la-france-se-dote-pour-la-premiere-fois-d-une-strategie-de-lutte-contre-les>
- Morel, N., Eustache, F., Lange, M., Joly, F., & Giffard, B. (2010). The impact of cancer and its treatment on cognitive function : The example of breast cancer. *Revue de neuropsychologie*, 2(3), 250–254.
- Morel-Bracq, M.-C. (2016). L'entretien en recherche qualitative en ergothérapie. *erGOtherapies*, 78–80.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). Chapitre 2—Modèles généraux en ergothérapie. In *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (p. 120–130).

- Noal, S., Daireaux, A., & Joly, F. (2010). Fonctions cognitives après cancer : Quelles réalités ? – Cognitive disorders after cancer : What reality? XIX(3), 7.
- Nott, M. T., & Chapparo, C. (2008). Measuring information processing in a client with extreme agitation following traumatic brain injury using the Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55(3), 188–198. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2007.00685.x>
- Nott, M. T., & Chapparo, C. (2012). Exploration de la validité du système d'analyse des tâches de perception, de rappel, de planification et d'exécution : Utilisation de la stratégie cognitive chez les adultes atteints d'une lésion cérébrale. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(6), 256–263. <https://doi.org/10.4276/030802212X13383757345067>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2022). *Cancer*. Repéré sur le site <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Pergolotti, M., Williams, G. R., Campbell, C., Munoz, L. A., & Muss, H. B. (2016). Occupational Therapy for Adults With Cancer : Why It Matters. *The Oncologist*, 21(3), 314–319. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0335>
- Peretti, C.S., Ferreri, F. (2009). Troubles cognitifs dans la dépression – Cognitive dysfunction in major depressive disorder. *La Lettre du Psychiatre*, 5(12), 30-34.
- Player, L., Mackenzie, L., Willis, K., & Loh, S. Y. (2014). Women's experiences of cognitive changes or 'chemobrain' following treatment for breast cancer : A role for occupational therapy?. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(4), 230–240. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12113>
- Polatjko, H. (2008). Faciliter l'occupation : L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation. 24.

- Poncet, F., Swaine, B., Taillefer, C., Lamoureux, J., Pradat-Diehl, P., & Chevignard, M. (2012). Psychometric properties of the Cooking Task, an ecological assessment of executive functioning in patients with acquired brain injuries. Accepted Abstracts from the International Brain Injury Association's Ninth World Congress on Brain Injury. *Brain Injury*, 298. <https://doi.org/10.1080/09602011.2014.971819>
- Roussel, M., Godefroy, O., & De Boissezon, X. (2017). *Troubles neurocognitifs vasculaires et post-AVC*. De Boeck Supérieur.
- Santé Publique France. (2019). *Cancer du sein*. Repéré sur le site <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein>
- Santé Publique France. (2019). *Evaluation du programme de dépistage du cancer du sein*. Repéré sur le site <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/articles/evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein>
- Santé Publique France. (2021). *Nouvelles données sur la survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine entre 1989 et 2018 : Une amélioration de la survie pour la grande majorité des localisations cancéreuses étudiées*. Repéré sur le site <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/nouvelles-donnees-sur-la-survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-entre-1989-et-2018-une-amelioration-de-la-survie-pour>
- Selamat, M. H., Loh, S. Y., Mackenzie, L., & Vardy, J. (2014). Chemobrain Experienced by Breast Cancer Survivors : A Meta-Ethnography Study Investigating Research and Care Implications. *PLoS ONE*, 9(9), e108002. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0108002>
- Sorita, E. (2019). Qualités psychométriques des tests.
- Soum-Pouyalet, F. (2016). Apport de l'ergothérapeute à la démarche pluridisciplinaire en cancérologie. 573, 37-41.

- Soum-Pouyalet, F., Sorita, É., & Belio, C. (2018). 14. *L'ergothérapie comme appui à la mise en place d'une pratique interprofessionnelle en cancérologie. La Découverte*. Repéré sur le site <https://www.cairn.info/le-cancer-un-regard-sociologique--9782707195784-page-212.htm>
- Steultjens, E. M. J., Voigt-Radloff, S., Leonhart, R., & Graff, M. J. L. (2012). Reliability of the Perceive, Recall, Plan, and Perform (PRPP) assessment in community-dwelling dementia patients : Test consistency and inter-rater agreement. *International Psychogeriatrics*, 24(4), 659–665. <https://doi.org/10.1017/S1041610211002249>
- Tallia, H., Moroni, C., Boone, M., Belin, C., Maillet, D., & Lange, M. (2015). *La batterie du GREC-ONCO (Groupe de Réflexion sur les Evaluations Cognitives en ONCOlogie). In GREMOIRE II: Tests et échelles de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés*. Repéré sur le site <https://www.calameo.com/read/000015856523265136357>
- Thomas-Antérion, C. (2020). Dépression et troubles neuro cognitifs (TNC) légers et majeurs : Liens d'intérêt ! 23(226), 103–106.
- Van Keulen-Rouweler, B. J., Sturkenboom, I. H. W. M., Kottorp, A., Graff, M. J. L., Nijhuis-Van der Sanden, M. W. G. M., & Steultjens, E. M. J. (2017). The Perceive, Recall, Plan and Perform (PRPP) system for persons with Parkinson's disease : A psychometric study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(1), 65–73. <https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1233291>
- Von Ah, D., Habermann, B., Carpenter, J. S., & Schneider, B. L. (2013). Impact of perceived cognitive impairment in breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 17(2), 236–241. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.06.002>

- Wefel, J. S., Lenzi, R., Theriault, R., Buzdar, A. U., Cruickshank, S., & Meyers, C. A. (2004). 'Chemobrain' in breast carcinoma?. *Cancer*, 101(3), 466–475. <https://doi.org/10.1002/cncr.20393>
- Wefel, J. S., Saleeba, A. K., Buzdar, A. U., & Meyers, C. A. (2010). Acute and late onset cognitive dysfunction associated with chemotherapy in women with breast cancer. *Cancer*, 116(14), 3348–3356. <https://doi.org/10.1002/cncr.25098>
- Wefel, J. S., Vardy, J., Ahles, T., & Schagen, S. B. (2011). International Cognition and Cancer Task Force recommendations to harmonise studies of cognitive function in patients with cancer. *The Lancet. Oncology*, 12(7), 703–708. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(10\)70294-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(10)70294-1)
- Zur, B. M., Rudman, D. L., Johnson, A. M., Roy, E. A., & Wells, J. L. (2013). Examining the construct validity of the Cognitive Competency Test for occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie*, 80(3), 171–180. <https://doi.org/10.1177/0008417413491918>

## **8. Annexes**

### **SOMMAIRE :**

Annexe 1 : les facteurs de risques liés au cancer du sein	I
Annexe 2 : Facteurs et mécanismes potentiellement impliqués dans les troubles cognitifs liés au cancer et à ses traitements (traduction de Lange et al, 2014)	II
Annexe 3 : Le référentiel des compétences de l'ergothérapeute, selon le Ministère de la Santé en 2010.	III
Annexe 4 : Les objectifs 6, 7, 8 du Plan Cancer 2014-2019	IV
Annexe 5 : Détails des évaluations neuropsychologique validées en oncologie	V
Annexe 6 : GRECO-ONCO publié dans le GREMOIRE 2 (Tallia et al, 2015)	VII
Annexe 7 : Tests neuropsychologiques et questionnaires classiquement proposés en consultation mémoire en oncologie adulte (Griffard, Lange et Léger, 2015)	VIII
Annexe 8 : Le Modèle Australien de la Performance Occupationnelle (OPM-A) (Chapparo et Ranka, 1997)	IX
Annexe 9 : Feuille de cotation du PRPP Assesment, traduction libre	X
Annexe 10 : Perceive, Recall, Plan, Perform (PRPP), traduction libre	XI
Annexe 11 : Passation en deux étapes du PRPP	XII
Annexe 12 : Retranscription de l'entretien de la pré-enquête auprès du neuropsychologue	XIV
Annexe 13 : Guides d'entretien pour la pré-enquête avec le neuropsychologue et pour l'enquête avec les ergothérapeutes	XXV
Annexe 14 : Consentement à la fixation, reproduction et exploitation de l'image ou d'un autre attribut de la personnalité.	XXVIII
Annexe 15 : Poste écrit sur le réseau social « Facebook » et plus particulièrement sur la page « PRPP Québec » pour des demandes d'entretiens.	

XXXIII

Annexe 16 : Retranscription des entretiens de l'enquête auprès des ergothérapeutes (E1, E2, E3)	XXXIV
Annexe 17 : Matrice d'entretien créée à l'aide de la partie théorique	LXIV
Annexe 18 : Dépliant en trois volets sur le chemobrain	LXXVII



## **Annexe 1 : les facteurs de risques liés au cancer du sein**

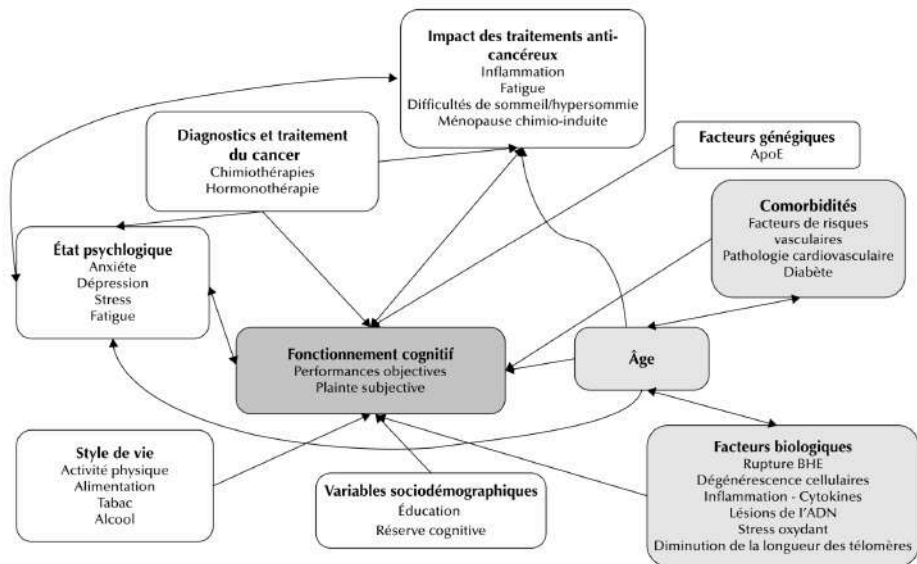
Les facteurs de risques sont multifactoriels. Il y a ceux liés :

- Aux *antécédents personnels et familiaux*, il y a quatre à cinq fois plus de risque de développer une tumeur au niveau de l'autre sein pour une femme ayant déjà eu un cancer du sein (Fondation ARC, 2021) ;
- À *l'âge*, rappelons que l'âge médian au moment du diagnostic est de 63 ans ;
- Au *mode de vie de la personne* : alimentation, contraception, consommation d'alcool, tabagisme, sédentarité, surcharge pondérale, manque d'activité physique régulière ;
- Une *prédisposition génétique* avec les gènes BRCA 1 et BRCA 2. 5% des cancers du sein seraient liés à une prédisposition génétique (Fondation ARC, 2021) ;
- Ceux liés aux *hormones* ;
- Les *facteurs sociaux* : les femmes des classes défavorisées peuvent ne pas se faire dépister via une mammographie par exemple, ainsi elles sont prises en charge alors que le cancer est déjà à un stade avancé.

**Annexe 2 : Facteurs et mécanismes potentiellement impliqués dans les troubles cognitifs liés au cancer et à ses traitements (traduction de Lange et al, 2014)**

BHE : Barrière hémato-encéphalique,

ApoE : Apolipoprotéine E



### **Annexe 3 : Le référentiel des compétences de l'ergothérapeute, selon le Ministère de la Santé en 2010.**

« Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES »

- 1) Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique.
- 2) Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement.
- 3) Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie.
- 4) Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques.
- 5) Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique.
- 6) Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie.
- 7) Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle.
- 8) Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.
- 9) Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs.
- 10) Former et informer. »

## **Annexe 4 : Les objectifs 6, 7, 8 du Plan Cancer 2014-2019**

### **OBJECTIF 6 : CONFORTER L'AVANCE DE LA FRANCE DANS LA MÉDECINE PERSONNALISÉE**

PERMETTRE UN ACCÈS LARGE AU DIAGNOSTIC INDIVIDUALISÉ  
VALIDER ET DÉPLOYER LES NOUVELLES TECHNIQUES D'ANALYSE DES TUMEURS

### **OBJECTIF 7 : ASSURER DES PRISES EN CHARGE GLOBALES ET PERSONNALISÉES**

FLUIDIFIER ET ADAPTER LES PARCOURS DE SANTÉ  
AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE PAR L'ACCÈS AUX SOINS DE SUPPORT  
FACILITER LA VIE À DOMICILE OU OFFRIR DES HÉBERGEMENTS ADAPTÉS  
PERMETTRE À CHACUN D'ÊTRE ACTEUR DE SA PRISE EN CHARGE

### **OBJECTIF 8 : RÉDUIRE LES RISQUES DE SÉQUELLES ET DE SECOND CANCER**

SYSTÉMATISER LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES SÉQUELLES  
GÉNÉRALISER UNE DÉMARCHÉ DE PRÉVENTION APRÈS UN DIAGNOSTIC DE CANCER

## **Annexe 5 : Détails des évaluations neuropsychologique validées en oncologie**

Le *Functional Assessment of Cancer Therapy-Cognitive Function* (FACT-cog) est le seul auto-questionnaire validé en oncologie pour évaluer une plainte cognitive. Il y a eu plusieurs versions, la dernière est la version 3 (Joly et al, 2012). Ce dernier a trente-sept questions permettant de balayer toutes les sphères cognitives et donc de spécifier et quantifier la plainte cognitive. Il permet également d'évaluer les déficiences et les capacités cognitives perçues par la personne dans son quotidien. Ce questionnaire vise à évaluer également l'impact sur la qualité de vie. De plus, il prend en compte les ressentis de l'entourage vis-à-vis des troubles cognitifs de la personne en question. La passation de ce test peut se réaliser pendant et après la chimiothérapie. Il est nécessaire de donner plusieurs fois cet auto-questionnaire au patient afin de se rendre compte de l'évolution. Il existe différentes versions du FACT telles que le *Functional Assessment of Cancer Therapy - General* (FACT-G) permettant d'évaluer les domaines de la qualité de vie chez le patient atteint de cancer (bien-être physique, social, émotionnel et fonctionnel). Le *Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast* (FACT-B) qui est spécifique aux femmes ayant un cancer du sein. Il mesure les mêmes domaines que le FACT-G avec en plus une sous-échelle sur le cancer du sein.

Il existe deux groupes de travaux où des cliniciens et des chercheurs sont regroupés. Tout d'abord, l'*International Cognition and Cancer Task Force* (ICCTF) qui regroupe des chercheurs internationaux et qui a pour but de créer des recommandations et d'homogénéiser les pratiques vis-à-vis des évaluations des troubles cognitifs liés aux traitements contre le cancer chez les personnes ayant un cancer non cérébral. Dans ce référentiel, trois critères sont nécessaires : définir en amont un seuil pathologique, éviter les biais de « test-retest », utiliser des évaluations neuropsychologiques spécifiques c'est-à-dire avec des propriétés psychométriques adéquates en terme de sensibilité et de standardisation, selon Giffard, Lange et Léger, (2015). Différents tests ont donc été retenus tels que le *Trail Making Test* (TMT), le *Hopkins Verbal Learning Test-Revised* (HVLT-R) et le *Controlled Oral Word Association Test* (COWAT). L'ICCTF recommande également d'inclure deux tests évaluant la mémoire de travail qui sont le *Wechsler Adult Intelligence Scale-III* (WAIS-III) ou le *Paced Auditory Serial Addition Test* (PASAT). En revanche ces deux derniers bilans ne sont pas inclus dans la batterie d'évaluations car ils ne remplissent pas tous les critères évoqués précédemment.

- Le **TMT** a été développé en 1944 par Reitan. Il est normé et validé pour les personnes ayant un Accident Vasculaire Cérébral (AVC). Il existe deux parties dans ce test : la partie A visant à évaluer la vitesse de traitement. L'objectif est de relier dans l'ordre croissant les nombres de 1 à 25. La partie B vise à évaluer les fonctions exécutives et la flexibilité mentale. Le but est de relier alternativement les nombres et les lettres dans l'ordre croissant. C'est un test « papier-crayon » donc non écologique.
- Le **HVLT-R** est une évaluation spécifique de la performance d'apprentissage et de la mémoire épisodique. C'est un test anglophone qui n'est pas validé en français, mais il existe une version française. Il s'agit d'une liste de 12 mots appartenant à 3 catégories sémantiques différentes. L'objectif est de restituer de façon immédiate ou de façon différée les différents mots.
- Le **COWAT** est utilisé pour évaluer les fonctions exécutives et la fluence verbale en demandant au patient d'exprimer un maximum de mots appartenant à la même catégorie ou commençant par une lettre préalablement définie.

Le second est la **Batterie du Groupe de Réflexion sur les Evaluations Cognitives en ONCOlogie (GREC-ONCO)** faisant parti du groupe général appelé Groupe de Réflexion sur les Evaluations Cognitives (GRECO) qui est national et français, crée en 2011 par Hervé Taillia. C'est un groupe de travail ayant pour objectif de développer une batterie de tests et de questionnaires pour évaluer le déclin cognitif chez des personnes ayant des tumeurs cérébrales et/ou des difficultés cognitives liées aux traitements chez des personnes ayant un cancer non cérébral. Les recommandations du GRECO-ONCO sont en cours mais en 2015, une batterie de tests neuropsychologiques, publiée dans le GREMOIRE 2 (Taillia et al, 2015) préconise des bilans pour évaluer les dysfonctionnements cognitifs dans une cohorte de 400 personnes atteintes d'un glioblastome, qui est une tumeur cérébrale. Cette batterie a suivi les recommandations faites par l'ICCTF en introduisant des bilans validés en français visible en Annexe 3. Différents domaines cognitifs sont donc évalués grâce à ces bilans. Cette batterie permet donc d'homogénéiser les pratiques des professionnels afin d'évaluer de manière globale toutes les sphères importantes de la personne et notamment les co-facteurs pouvant favoriser les difficultés cognitives.

**Annexe 6 : GRECO-ONCO publié dans le GREMOIRE 2 (Tallia et al, 2015)**

Domaine cognitif	Test (version)	Seuil pathologique	Critère de déclin (vs ligne de base)
Latéralité	Inventaire d'Edinburgh [28]	-	-
Niveau pré-morbide	fNART [29]	-	-
Fonctionnement global	MoCA [30]	Score de 25 ou moins	Déclin de 3 points
	MATTIS [31]	50 ans et - : percentile 10 et - + de 50 ans : percentile 5 et -	Déclin de 2 rangs percentiles
Mémoire	RLRI-16 [32]	Z-Score de -1,5 ou - au RL3 et/ou RLD Z-Score de RLT/3 de -1,5 ou - Sensibilité à l'indiçage <71	RL3, RLD, RLT/3 : Diminution du score brut de 15 % Sensibilité à l'indiçage : diminution de 15 % Déclin de 15 % du score brut
	Rappel de la figure de Rey [33]	Percentile 10 ou -	Déclin de 15 % du score brut
Vitesse de traitement de l'information	TMT A (GREFEX) [34]	Normes du GREFEX	Diminution de 1,5 DS
	CSCT [35]	-1,5 DS (normes proposées par les auteurs du test)	Diminution de 1,5 DS
Fonctions exécutives et attentionnelles	TMT B (GREFEX) [34]	Normes du GREFEX	Diminution de 1,5 DS
	Test de Stroop (GREFEX) [34]	Normes du GREFEX	Diminution de 1,5 DS
	Mémoire des chiffres (WAIS-IV) [36]	Note Standard de 5 ou -	Déclin de 15 % du score brut
	Séquences lettre-chiffre (WAIS-IV) [36]	Note Standard de 5 ou -	Déclin de 15 % du score brut
	Fluences verbales (GREFEX) [34]	Normes du GREFEX	Diminution de 1,5 DS
Langage	Boston Naming Test [37]*	-	-
	Token Test [38]	Score de 28 ou -	Déclin de 1,5 DS
Humeur	Échelle de Goldberg [39]	Score de 5 ou plus	-
	CES-D [40]	Hommes : score de 17 ou + Femmes : score de 23 ou +	-

## **Annexe 7 : Tests neuropsychologiques et questionnaires classiquement proposés en consultation mémoire en oncologie adulte (Griffard, Lange et Léger, 2015)**

**TABLEAU 1. TESTS NEUROPSYCHOLOGIQUES ET QUESTIONNAIRES CLASSIQUEMENT PROPOSÉS EN CONSULTATION MÉMOIRE EN ONCOLOGIE ADULTE.**

Fonctionnement cognitif global	MoCA
Niveau pré-morbide présumé	Subtest matrice ou vocabulaire ou informations (WAIS-IV) ou fNART
Mémoire épisodique	HVLT * ou CVLT (patients < 65 ans) RL/RI-16 (patients ≥ 65 ans)
Attention/vitesse de traitement	Test de D2 ou Codes (WAIS-IV), TMT partie A
Fonctions exécutives	TMT partie B* Fluences verbales « P et Animaux »* Stroop
Mémoire de travail	Mémoire de chiffres envers Séquence lettre-chiffre
Questionnaires	EORTC-QLQ-C30 (qualité de vie) FACT-Cog (plainte cognitive) HADS (anxiété/dépression) FACIT-F (fatigue) IADL (patients ≥ 65 ans), PCRS [32] (autonomie)

CVLT : California Verbal Learning Test ; EORTC-QLQ-C30 : European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life questionnaire ; FACIT-F : Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Fatigue ; FACT-Cog : Functional Assessment of Cancer Therapy – Cognitive Function ; fNART : version française du National Adult Reading Test ; HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale ; HVLT : Hopkins Verbal Learning Test ; IADL : Instrumental Activities of Daily Living ; MoCA : Montreal Cognitive Assessment ; TMT : Trail Making Test ; PCRS : Patient Competency Rating Scale.

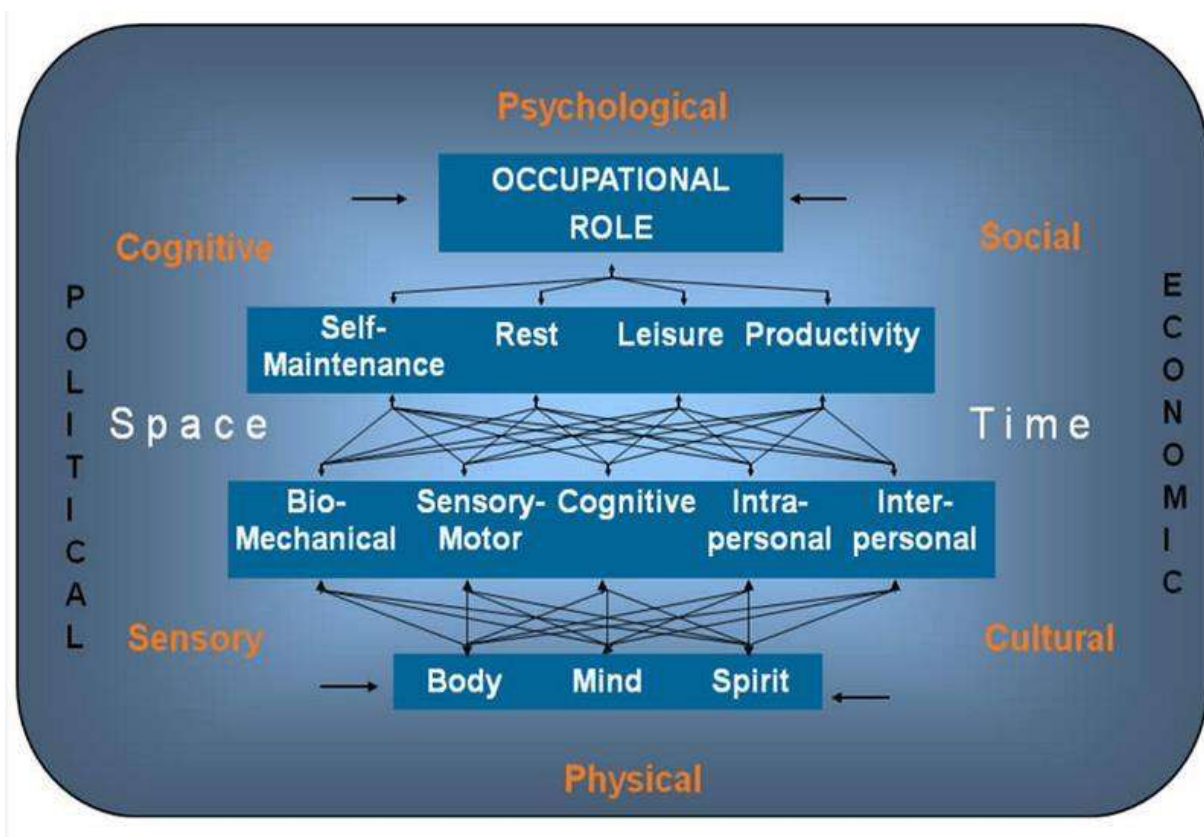
\* Tests neuropsychologiques recommandés par l'ICCTF.

Syndrome dyséxecutif comportemental	ISDC [41]	3 axes déviants ou +	Si 1 axe déviant ou - en <i>baseline</i> : 3 axes déviants Si 2 axes déviants ou + en <i>baseline</i> : 1 axe déviants en +
Fatigue	FACIT-Fatigue [42]	-	-
Plainte mnésique	Questionnaire de Mac Nair et Khan [43]	- de 60 ans : score de 59 et + 60 ans et plus : score de 64 et +	-
Autonomie	IADL [44]	-	-
Qualité de vie	EORTC QLQ-C30 [45], et -BN20 [46]	-	-

fNART : *National Adult Reading Test* version française ; MoCA : *Montreal Cognitive Assessment* ; MATTIS : échelle d'évaluation de la démence de Mattis ; RLRI-16 : rappel libre-rappel indicé à 16 items ; TMT : *Trail Making Test* ; WAIS : *Wechsler Adult Intelligence Scale* ; CES-D : *Center for Epidemiological Studies-Depression* ; ISDC : inventaire du syndrome dyséxecutif comportemental ; FACIT-Fatigue : *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue* ; IADL : *Instrumental Activity of Daily Living* ; EORTC QLQ- : *European Organisation of Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Questionnaire* ; \* : en attente des normes du Grecog-Vasc.



**Annexe 8 : Le Modèle Australien de la Performance Occupationnelle (OPM-A) (Chapparo et Ranka, 1997)**



## Annexe 9 : Feuille de cotation du PRPP Assesment, traduction libre

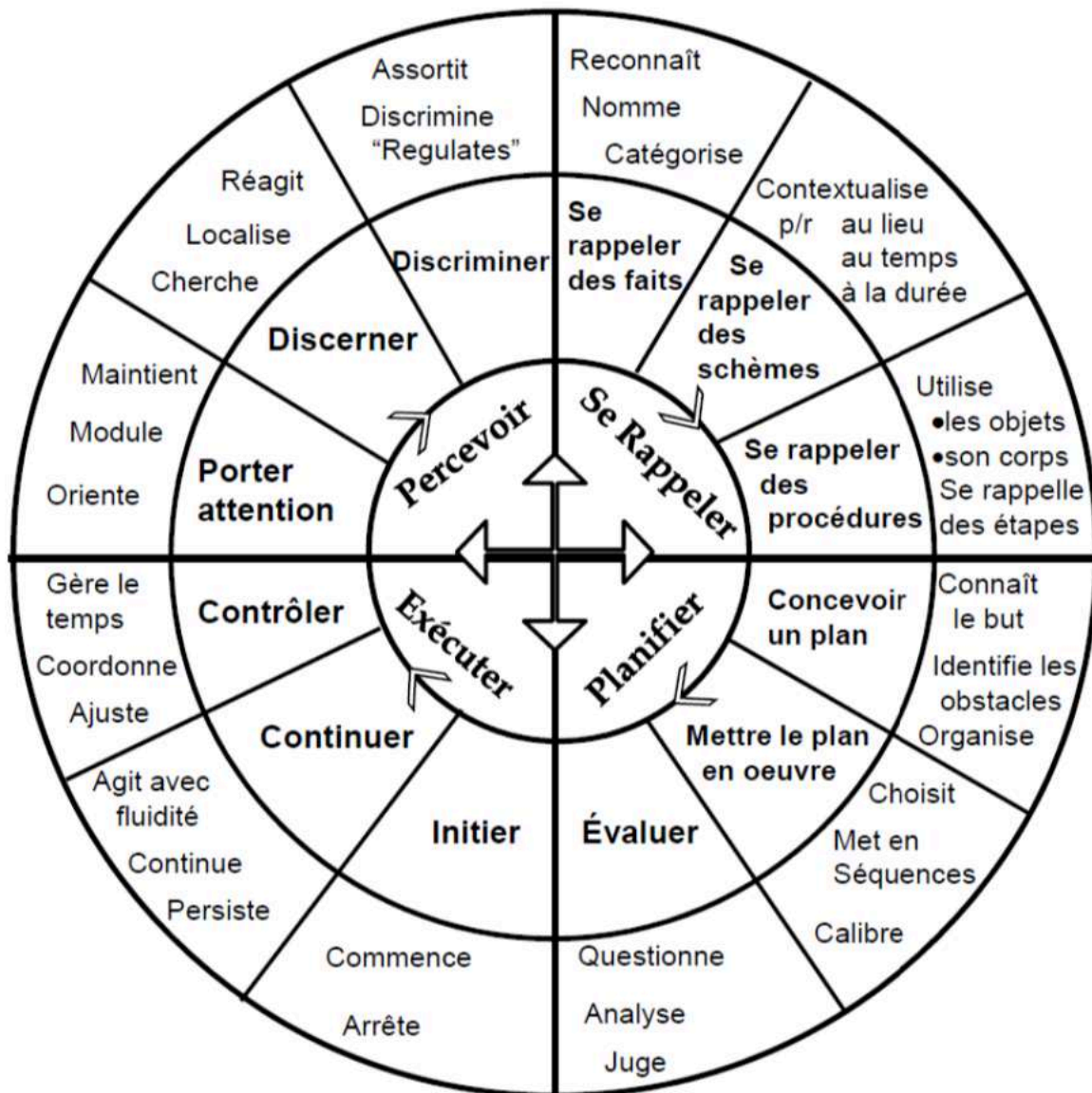
### PRPP FEUILLE DE COTATION

Client:		Date:			
Tâche:		Ergothérapeute:			
<b>ÉTAPE 1 ANALYSE DES ERREURS</b> Maîtrise du rendement		<b>ÉTAPE 2 : GRILLE D'ANALYSE DE LA TÂCHE</b> Stratégies utilisées			
Critères de rendement attendus:		3 = Rencontre les critères attendus; durée de temps raisonnable, sans assistance; sans incitations verbales. 2 = Rencontre les critères attendus mais les incitations verbales requises soulèvent des questionnements. 1 = Ne rencontre pas les critères attendus; le rendement est inhibé.			
Tâches / habiletés	Erreurs *			Score des descripteurs	
Items :	P	O	R	T	
					<b>P</b> <b>E</b> <b>R</b> <b>C</b> <b>E</b> <b>V</b> <b>O</b> <b>I</b> <b>R</b>  <b>S</b> <b>E</b>  <b>R</b> <b>A</b> <b>P</b> <b>P</b> <b>E</b> <b>L</b> <b>E</b> <b>R</b>  <b>P</b> <b>L</b> <b>A</b> <b>N</b> <b>I</b> <b>F</b> <b>I</b> <b>E</b> <b>R</b>  <b>E</b> <b>X</b> <b>É</b> <b>C</b> <b>U</b> <b>T</b> <b>E</b> <b>R</b>
					Porter attention : Remarque, Module, Maintient
					Discerner : Recherche, Localise, Réagit
					Discriminer : Régularise, Discrimine, Assortit
					Se rappeler des faits : Reconnaît, Nomme, Catégorise
					Se rappeler des schèmes : Contextualise p/r au temps, p/r au lieu, p/r à la durée
					Se rappeler des procédures : Utilise les objets, Utilise son corps, Se rappelle des étapes
					Concevoir un plan : Connaît le but, Identifie les obstacles, Organise
					Mettre le plan en œuvre : Choisit, Met en séquences, Calibre
					Évaluer : Questionne, Analyse, Juge
					Initier : Commence, Arrête
					Continuer : Agit avec fluidité, Continue, Persiste
					Contrôler : Gère le temps, Coordonne, Ajuste
Maîtrise:					

\* P : Erreurs de précision, O : Erreurs d'omission, R : Erreurs de répétition, T : Erreurs de rythme

PRPP System of Task Analysis. Chapparo & Ranka 2016. Traduction réalisée en 2004 par G. Aubin, M. Cormier, R. Hachey et S. Rivard. Révisée en 2018 par la Société de Formation en Ergothérapie de Québec.

**Annexe 10 : Perceive, Recall, Plan, Perform (PRPP), traduction libre**



## **Annexe 11 : Passation en deux étapes du PRPP**

1. La **première étape** consiste à réaliser une analyse procédurale et fonctionnelle de l'activité en la décortiquant en différentes tâches à accomplir (Aubin, Chapparo, Gélinas, Stip et Rainville, 2009). Puis, la cotation de la performance occupationnelle est effectuée grâce au classement des erreurs commises selon leur type qui est de quatre ordre : de précision (P), d'omission (Om), de répétition (R) ou de temporalité (T).

La <b>précision</b> est cochée lorsque l'étape de la tâche n'est pas effectuée de manière complète.	L' <b>omission</b> est définie comme étant un oubli d'une des étapes de la tâche.	La <b>répétition</b> est définie comme étant une erreur répétée sans stratégie mise en place pour se corriger.	La <b>temporalité</b> se définit comme étant une étape réalisée de façon trop rapide ou au contraire trop lente.
---	---	--	--

Puis, un pourcentage de la performance occupationnelle en terme de niveau de maîtrise de la tâche est ensuite émis ce qui permettra une réévaluation ultérieure. Il s'agit d'un pourcentage de la tâche que la personne peut effectuer sans difficulté, ce n'est donc pas un pourcentage d'erreurs.

2. Ensuite, **la deuxième étape** consiste à analyser l'adaptation de la personne grâce aux différentes stratégies cognitives mises en place pour voir si elles étaient efficaces ou non et si elles sont transposables dans la vie quotidienne. Cette analyse permet de comprendre les forces et les faiblesses des stratégies cognitives instaurées. L'analyse du rendement de la personne est réalisée grâce au modèle de traitement de l'information du PRPP . Il s'agit d'une grille d'observation séparée en quatre quadrants (ou descripteur ou comportement) qui sont percevoir, se rappeler, planifier et exécuter et qui explique les erreurs commises par la personne. Ces quadrants interagissent les uns avec les autres. Ces quatre descripteurs sont chacun séparés en trois sous quadrants avec à l'intérieur de ces derniers deux à trois comportements. Ce qui fait un total de trente-cinq comportements observables dans l'activité. Il est à noter que les quadrants sont écrits avec des mots d'action, dans un langage courant et donc aisé à comprendre pour ceux qui vont lire nos rapports d'évaluations, décrivant brièvement des événements cognitifs qui sont observables et qui reflètent les types d'erreurs commises par la personne. Ces comportements servent à identifier les stratégies cognitives observées pendant l'accomplissement de la tâche et donc à évaluer les forces et les faiblesses de la personne

dans l'exécution des tâches. Ils sont cotés de 1 à 3 avec 1 : le rendement est insatisfaisant ; 2 : le rendement est effectué avec difficulté ou pose question ; 3 : le rendement satisfait les critères attendus pour la réalisation de l'activité. Le score total est donc de 102 points. Un score inférieur à 87,2/102 sera considéré comme pathologique.

## **Annexe 12 : Retranscription de l'entretien de la pré-enquête auprès du neuropsychologue**

*La personne interrogée a souhaité que l'on se tutoie pendant l'entretien.*

### **Est-ce que vous pouvez me présenter votre parcours professionnel s'il-vous-plait ?**

Alors oui, j'ai été formé en neuropsychologie comme tu le sais peut être en psychologie on a 5 ans d'études c'est un master. Comme moi je fais de la psychologie clinique, j'ai fait un master de psychologie clinique. Dans l'une des 4 spécialités auquel on avait le droit à Bordeaux c'était la neuropsychologie. On a un volume horaire de stage obligatoire que j'ai fait essentiellement en maison de retraite et en consultation mémoire. Donc on reçoit des personnes âgées qui présentent des problématiques de vieillissement cognitif potentiellement handicapantes. Notre travail c'est, pour le psychologue, de faire une évaluation fonctionnelle qui va contribuer à une évaluation et à un diagnostic médical. À savoir la présence ou non d'une pathologie neuro dégénérative donc on pense à la maladie d'Alzheimer et aux syndromes apparentés. En fait j'ai travaillé essentiellement auprès de personnes âgées pendant deux ans dans un hôpital local du sud gironde avant de déménager en Normandie. J'ai commencé une thèse sur l'impact cognitif d'un traitement qu'on utilise pour des personnes âgées ce sont des hormonothérapies de nouvelles générations. Alors nouvelles générations mais qui sont commercialisées depuis 2011 donc elles fêtent leur dix ans pour les plus vieilles d'entre elles. Donc c'est une nouvelle génération d'hormonothérapie qu'on utilise dans le cancer de la prostate métastatique. C'est de la recherche clinique en oncologie. Ce qui ne me change pas trop moi c'est que c'est une population âgée, que les outils qui sont utilisés pour ce protocole sont les mêmes que j'utilisais moi en consultation mémoire pendant deux ans. C'est donc un doctorat qui commence tout juste.

### **Actuellement vous êtes au centre François Baclesse à Caen ?**

C'est ça dans l'unité INSERM Anticip qui a ses locaux dans l'hôpital François Baclesse.

### **Depuis combien de temps ?**

J'ai travaillé en tant que technicien de recherche entre la fin juin de l'année dernière et novembre donc pendant une petite période de 6 mois et la thèse a démarré en suivant dans la continuité donc à partir de novembre dernier.

### **Que pouvez-vous me dire sur le chemobrain ?**

Les troubles induits par les chimiothérapies ont généré ce terme de « chemobrain » et tu dois sans doute le savoir que maintenant on préfère le terme de *CRCI (Cancer-Related Cognitive Impairment)*. Bon c'est les troubles cognitifs liés au cancer, mais c'est un terme qu'on préfère parce qu'on sait que l'émergence des demandes des patients en terme de cognition, tout ce qu'ils vont nous rapporter de négatif, se rapportent déjà au cancer lui-même, aux effets directs du cancer, aux effets comme les chimiothérapies avec comme par exemple une diminution du volume de la matière grise dans certaines régions du cerveau suite à une chimiothérapie. Moi qui travaille dans les hormonothérapies c'est plutôt des perturbateurs hormonaux qui vont induire les troubles cognitifs. Mais comme on est sûr de l'hormonothérapie on parle déjà plus de chemobrain donc on va préférer cet autre terme. Puis après on a tout un tas de facteurs qui peuvent intervenir dans la survenue, l'aggravation ou le maintien de ces troubles cognitifs. Tu as des variables socio-démographiques, des prédispositions génétiques. Comme je travaille auprès des personnes âgées, on a aussi cette notion de réserve cognitive. C'est quelles sont tous les éléments protecteurs du fait de ton parcours de vie d'un point de vue intellectuel, de ton niveau d'études, de la stimulation intellectuelle que t'as apporté et ta vie sociale, privée, personnelle et professionnelle également qui peuvent être une protection sur la toxicité de certains traitements et sur l'installation des troubles cognitifs liés à tous les facteurs dont on vient de parler.

### **Quelles sont les types de plaintes cognitives des patientes atteintes de chemobrain ?**

Ça va se rapporter à la mémoire. Nous c'est ce qu'on a dans la pratique. Mais sous le terme mémoire, on va avoir des plaintes qui sont majoritairement vis-à-vis de la mémoire prospective, tu vois ce que c'est ?

### **Oui j'ai réalisé des recherches sur ce type de mémoire pour mon sujet justement.**

Donc à mon sens, je te dis à peu près, j'ai le sentiment que peut être plus de 50% des plaintes qu'on va relever de nos patientes concernent la mémoire prospective. L'oubli, l'oubli d'exécuter l'intention qui avait été préalablement établie. Sous ce terme mémoire prospective, on a plutôt des déficits de l'ordre attentionnel, et exécutif. Les troubles qui vont réellement cibler la mémoire épisodique ou de travail ne vont finalement pas arriver dans les premiers déficits observés. Ça c'est mon sentiment de clinicien. En terme de recherche, c'est un petit peu ce qu'on observe aussi c'est-à-dire que les troubles exécutifs et attentionnels on a une incidence assez forte pour ces domaines cognitifs là. La mémoire prospective elle est beaucoup moins investiguée, c'est un champ de recherches beaucoup plus récent. Mais lorsqu'elle l'est ça paraît comme quelque chose qui fait non seulement l'objet de plaintes mais

lorsqu'on arrive à objectiver les déficits et bien c'est un domaine cognitif qui va être quand même pas mal impacté.

**Est-ce que parfois ces patientes évoquent des situations de vie quotidienne qui peuvent être problématiques pendant les consultations.**

Des situations de vie quotidienne, oui puisque c'est comme ça en général qu'on leur demande d'illustrer leurs plaintes cognitives. On parlait d'oubli prospectif ça peut être d'être conduit à faire demi-retour, revenir chez soi et vérifier qu'on a bien fermé sa porte à clé, revenir au magasin parce qu'on a oublié d'acheter quelque chose d'important, ça concerne aussi les rendez-vous, l'oubli de se rendre à un rendez-vous, oublier de planifier un rendez-vous. Pour le côté un peu anecdotique, j'ai une dame là assez récemment qui a été très très choquée parce qu'elle a carrément oublié de souhaiter l'anniversaire de sa fille. Voilà pour les exemples que je peux te donner.

**Quelles évaluations utilises-tu pour évaluer les troubles cognitifs induits par la chimiothérapie ? Et plus particulièrement ceux pour les fonctions exécutives**

Alors plus particulièrement pour les fonctions exécutives, je te dis ce que nous on a dans nos protocoles pour les fonctions exécutives au centre François Baclesse sur les protocoles en cours. On a une bonne partie du contenu du GREFFEX (Groupe de Réflexion sur l'Evaluation des Fonctions Exécutives) d'Olivier Godefroy, le bouquin 2008 donc on a TMT A, TMT B, les fluences verbales, le Stroop, pour les personnes âgées moi ma cohorte c'est des personnes de 70 ans et plus, c'est une version adaptée du Stroop qui s'appelle le Stroop Victoria. En clinique, on ne se réserve pas de tests en particulier parce qu'on est en onco, c'est vraiment demandes dépendants, pour la mémoire tu as la sévérité, le RL/RI 16 (rappel libre/rappel indicé à 16 items), donc ça c'est pour la mémoire épisodique. Tu as le test des portes pour la mémoire épisodique visuelle, le DMS48 (évaluation de la mémoire de reconnaissance visuelle). Tu as pour la mémoire de travail, les empans envers, endroits, les empans visuo-spatiaux tu sais les cubes de Corsi.

**Vous utilisez les batterie du GREC-ONCO et de l'ICCTF ?**

Oui on l'utilise, c'est la batterie recommandée par l'icCTF, c'est celle qu'on utilise dans la plupart de nos protocole à François Baclesse.

**Et le Fact-Cog ?**

Oui pour la plainte oui. C'est Marie Lange qui a fait la validation française de la Fact-Cog donc ça on l'utilise de manière quasiment systématique.



Avec la Fact-cog on utilise aussi la HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) pour la symptomatologie anxio-dépressive et la FACIT-5 pour ce qui est plaintes liées à la fatigue.

**Que révèlent les résultats des évaluations cognitives chez les patientes exprimant cette plainte ?**

On a en général peu de plaintes qui sont objectivées chez des patientes jeunes, jusqu'à 65 ans, généralement, on observe un fort décalage entre les plaintes concernant par exemple les fonctions exécutives et ce qu'on va observer dans nos tests qui ont pour ambition d'évaluer objectivement les fonctions exécutives.

**Que penses-tu des évaluations écologiques pour évaluer les troubles cognitifs ?**

Nous on n'en utilise pas. J'ai été dans un centre de rééducation où les ergothérapeutes appliquaient le test des errances multiples. Donc là on est sur la partie évaluation donc est-ce que dans « écologique », tu inclus toi ce qui est de la réalité virtuelle ?

**En fait « écologique », nous on l'entend dans le sens où c'est les habitudes de vie de la personne, se rapprocher au plus près de ce qu'elle fait dans son quotidien.**

D'accord, donc je pense que du bien des évaluations écologiques. Le fonctionnement cognitif c'est quelque chose de complexe et puis qui n'est surtout pas une fin en soi. C'est-à-dire qu'on n'est pas forcément plus avancé de savoir qu'on a tel score dans une tâche qui évalue les fonctions exécutives ou la mémoire prospective mais que l'idée pour un psychologue, ou j'imagine pour un ergothérapeute encore plus, à la fin ce n'est pas d'avoir un diagnostic en terme de score mais c'est d'avoir un diagnostic fonctionnel. Plus l'évaluation va s'approcher de la vie quotidienne, de toute façon une plainte cognitive c'est une plainte sur la vie quotidienne, donc plus on a une évaluation et des résultats qui vont se rapprocher de la vie quotidienne, plus on s'approche du concept de fonction et de handicap au sens de la CIF (*Classification Internationale du Fonctionnement*), du modèle de l'handicap de l'OMS (*Organisation Mondiale de la Santé*) et plus on est en mesure derrière, puisque l'évaluation n'est pas une fin en soi, de proposer une stratégie d'accompagnement adaptée. Je ne peux donc penser que du bien à partir de là des évaluations écologiques.

**Pourquoi tu n'en utilises pas ?**

C'est la question touchy un peu, parce que c'est des évaluations qui sont gourmandes en temps, en ressource, en personnes formées et puis en terme de logistique aussi. Donc on aurait des difficultés à les mettre en place en recherche clinique aussi parce que ce sont des évaluations, comme elles sont complexes, elles sont aussi beaucoup plus difficiles à standardiser. Or nous ce qu'on veut quand on est psychologue spécialisé en neuropsychologie,

que ce soit en clinique ou en recherche, c'est pouvoir comparé un score obtenu chez une personne et sa norme de référence, la population avec laquelle on va la comparer pour savoir où elle se situe. En recherche, on va chercher à la comparer avec un groupe contrôle. Dans les deux cas, on a intérêt à ce que l'administration du test suive une standardisation très strict et pour le test des errances multiples par exemple c'est très difficile de contrôler absolument tous les facteurs. C'est donc pour ces raisons logistiques que c'est un frein en recherche et en clinique à l'application de ces évaluations écologiques. C'est pour ça aussi que je te parlais de la réalité virtuelle tout à l'heure, là pour le coup c'est une bonne réponse même si ça reste couteux, ça reste gourmand en temps, et en formation. Mais en terme de standardisation c'est une bonne réponse. Pour introduire de la complexité dans nos évaluations neuropsychologiques qui effectivement en terme de complexité tu penses aux tests papier/crayon, au TMT (*Trail Making Test*) à des tests de mémoire avec des rappels de liste de mots. On est quand même très très loin de la vie quotidienne mais c'est beaucoup plus facile à standardiser.

**Tu m'as parlé du test des errances multiples, est-ce que tu en connais d'autres des évaluations écologiques qui pourraient mettre en évidence les troubles cognitifs ?**

Non et puis je saurais même pas te dire si le test des errances multiples serait adapté en oncologie. Je t'en ai parlé parce que c'est le seul que j'ai moi même pratiqué, considéré comme écologique.

**Est-ce que tu connais des évaluations écologiques permettant de mettre en évidence les fonctions cognitives altérées dans les activités choisies par la personne.**

Non

**Penses-tu qu'une évaluation écologique avec une grille d'observation spécifique aux fonctions exécutives pourrait aider à l'identification des troubles cognitifs chez ces personnes ?**

Oui

**Est-ce qu'il y a la présence de co-facteurs quand les patientes se plaignent de troubles cognitifs ?**

Oui au premier desquels la fatigue et tout ce qui est les problématiques anxio-dépressive. On a des plaintes qui concernent régulièrement la douleur aussi, des douleurs qui peuvent être amenées par toutes sortes de comorbidités aussi donc quand on a des métastases osseuses, on a des douleurs qui sont importantes et récurrentes et qui peuvent avoir un impact sur le sommeil au même titre que les symptômes d'anxiété ou de dépression avec des réveils

précoces ou fréquents au cours de la nuit. Donc avec des troubles cognitifs secondaires à cette fatigue et à ces troubles du sommeil.

### **Quelles sont les évaluations pour les co-facteurs ?**

On standardise beaucoup forcément en recherche, comme la batterie de l'ICCTF (*International Cognition and Cancer Task Force*) ça nous permet d'avoir des protocoles harmonieux même au plan international et de pouvoir comparer les données entre elles. Pour ce qui est de la symptomatologie anxio-dépressive, nous on utilise systématiquement la HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), pour la fatigue la FACIT F (*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Fatigue*), on a un index pour l'insomnie, c'est l'ISI (*Index de Sévérité de l'Insomnie*), et pour la douleur c'est l'évaluation classique Anavizual Scale.

### **Pour quelles raisons évaluez-vous les co-facteurs ?**

Parce qu'on sait que les troubles cognitifs sont multi factoriels et que principalement en oncologie tout n'est pas dû aux traitements, tout n'est pas dû à la maladie en elle-même, on a des effets indirects du fait du traitement sauf que quand on prend tout ça en compte on ne saisit pas 100% du phénomène donc on est obligés d'aller chercher tout ces co-facteurs là et on trouve nos réponses, on le sait, en grande partie sur ces trois axes : symptomatologie anxio-dépressive, fatigue, et douleurs. Puisqu'on parle du cancer du sein qui est en dehors du système nerveux central.

Comme co-facteurs, on n'a pas parlé du niveau préalable du niveau d'études, on pourrait le voir comme ça aussi. On l'évalue également. De toute façon parmi les variables socio-démographiques qui sont relevées, on a toujours non seulement le niveau d'études qui est pris en compte, on l'appelle le NES (*Niveau d'Education Scolaire*), et tu as en plus de ça dans certains protocoles, une évaluation qui se veut objective du niveau socio culturel qui prend souvent la forme d'une évaluation des compétences verbales soit par un test de vocabulaire où ça peut ressembler aux échelles verbales de la WAIS (*Weschler Adult Intelligence Scale*) qui nous permettent de connaître le niveau d'éducation scolaire d'une personne.

### **Tu travailles en équipe interprofessionnelle ?**

Oui

### **D'accord donc est-ce que tu évalues les troubles cognitifs en complémentarité avec une autre profession ?**

Non ici l'évaluation cognitive, tu peux être sûre que c'est de l'ordre du psychologique donc d'un travail du psychologue. On a des échelles qui peuvent être des tests de screening, comme

la MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*) ou le MMSE (*Mini-Mental State Examination*), on sait qu'il n'y a pas une formation approfondie qui est nécessaire pour garantir la bonne passation de ces échelles donc il est possible de déléguer. Mais tout ce qui va être évaluations neuropsychologiques complètes, seront forcément faites par un psychologue, pour vite le dire par un neuropsychologue en tout cas par un psychologue qui a été spécialisé en neuropsychologie d'une manière ou d'une autre.

### **Comment les résultats sont partagés en équipe inter professionnelle ?**

On reçoit des groupes de patientes qui se plaignent de leur mémoire et qui on souvent pour projet de reprendre le travail et qui on peur que ça fasse obstacle. Donc nous on a un petit programme de quatre interventions avec une évaluation, une rencontre individuelle au début et à la fin donc je vais te répondre par rapport à ça. Ces évaluations pré et post interventions aboutissent sur un compte-rendu d'évaluations neuropsychologiques. Il y a une évaluation psychologique qui va inclure des facteurs cognitifs, tu vas avoir en général un tableau de résultats avec des scores bruts, des scores ajustés, des scores Z, des percentiles, que sais-je et puis bien entendu une interprétation de ces résultats. Ça c'est partagé au principal concerné, c'est une obligation donc le patient et puis quand la demande peut émaner d'un collègue médecin, d'un service avec des informations qui peuvent intéresser des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes ou d'autres professionnels de santé, nous on rédige un compte-rendu dans le sens où ils vont être lus par des professionnels non neuropsychologues. Donc ils pourront être lus et compris par les patients et par d'autres professionnels de santé.

Concernant la plateforme, on a un logiciel hospitalier à Baclesse et tout va se mettre dessus. Plus un compte-rendu qui peut être adressé au médecin traitant.

### **Selon toi, en quoi l'ergothérapeute peut-il avoir sa place auprès de cette population pour l'évaluation de ces troubles cognitifs ?**

On n'est pas tous d'accord sur cette question là, de manière générale je vais essayer de répondre au nom de tous les collègues. L'évaluation cognitive est jalousement gardée par les neuropsychologues, on voit d'un très mauvais oeil que les orthophonistes s'y mettent et que les ergothérapeutes s'y mettent aussi. On est pourtant bien content quand les tests de screening sont administrés par nos collègues infirmiers parce que ça nous fait gagner du temps mais on a peur que cette compétence soit partagée pour des bonnes et pour des mauvaises raisons. Bon la bonne c'est parce qu'on a une formation énorme par rapport à ça et qu'on voit bien le résultat en ce qui va concerner d'autres corps de métiers, vraiment je pense en particulier aux orthophonistes et aussi à mes collègues psychologues où on va avoir des

tests qu'on utilise mais qui ont été administrés n'importe comment avec non seulement des résultats qui ne sont pas exploitables mais en plus l'impossibilité de ré administrer le test puisqu'on va avoir un effet d'apprentissage, un effet test/retest donc ça c'est un peu la bonne raison. Et puis la mauvaise raison, c'est que bah c'est un peu notre identité professionnelle aussi donc on a pas trop envie de la partager.

Là je ne réponds plus au nom des collègues maintenant mais à mon nom, je serais tout à fait d'accord pour que cette compétence soit partagée à la condition de la formation adéquate des ergothérapeutes. Tout simplement pour les raisons logistiques dont on parlait tout à l'heure, ce sont des évaluations qui peuvent être très longues et que nous, nos évaluations peuvent être perfectibles et ce qu'il nous manque pour faire des évaluations de meilleure qualité c'est du temps. Donc si effectivement tout ce qui était de l'ordre des évaluations écologiques qui impliquent une grande logistique pouvait être partagé avec des ergothérapeutes moi je serais le premier heureux à ce que ça puisse se faire.

**Alors oui ma question ce n'était pas pour la passation de bilans papiers/crayons en ergothérapie, mais plutôt pour le côté fonctionnel et les retentissements que ça peut montrer dans la vie quotidienne.**

Alors oui tout à fait.

Après même pour ce qui est du papier/crayon on peut imaginer que ça disparaisse petit à petit au profit des évaluations informatisées et pourquoi pas au profit des évaluations écologiques. Donc ça ne sert à rien qu'on s'accroche jalousement à quelque chose qui va probablement être amené à disparaître de toute façon.

**Au niveau de la temporalité de ces évaluations informatiques, quand pensez-vous que cela se fera ?**

Alors ça se développe déjà, c'est le grand boom en ce moment. On doit composer avec une population qui est moins à l'aise avec les outils informatiques donc les personnes âgées. Il y en a qui sont prêts à utiliser des outils d'évaluations mais de remédiation aussi. Happyneuron est un très bon logiciel de remédiation cognitive avec un programme dédié aux personnes âgées « bien vieilli ». Cela dit on est dans une personne de transition par rapport à ça puisque les personnes âgées représentent, y compris celles qui ont un cancer du sein puisque je crois que l'âge moyen du diagnostic du cancer du sein c'est autour de 60 ans donc on a une population à la fois celle qui représente un besoin en terme d'évaluation et de remédiation cognitive et donc qui pourrait être le client principal pour les évaluations informatisées. Et en même temps c'est une population, c'est la population qui est la moins à l'aise avec les outils

informatiques, on est donc vraiment dans une période de transition. Il y a une grosse hétérogénéité. Pour le moment c'est un peu précoce pour se débarrasser totalement du papier/crayon.

**Est ce que tu souhaites ajouter quelque chose ?**

Non. Après j'ai forcément une petite curiosité sur l'adaptation de cet outil le PRPP. Si ça arrivait en France, l'idée ce serait d'avoir des normes ?

**Des normes, oui et non parce qu'en fait cette évaluation a pour but de réévaluer la personne et elle ne sera pas comparée à des personnes de son âge et de son sexe mais elle sera vraiment comparée entre le « avant intervention » et « après intervention ». Ça permet de voir la progression, la stagnation ou la régression.**

D'accord, donc l'idée avec cet outil sans avoir de population référence, c'est de se faire une idée de la trajectoire des patients pour vérifier l'efficacité de l'intervention ?

**Alors après c'est un outil déjà développé auprès de personnes ayant une lésion cérébrale, une schizophrénie, il est validé auprès de certaines populations.**

Comment est-ce que tu es bien sûre que c'est la spécificité de ton intervention qui a généré un progrès favorable et que ce n'est pas un simple effet d'intervention c'est-à-dire l'équivalent de l'effet placebo, le simple fait d'être intervenue sans efficacité spécifique sur la fonction cognitive que tu ciblais.

**Alors après il faut savoir que c'est un bilan qui permet de développer des stratégies cognitives que la personne met en place elle-même. Donc nous en tant que thérapeute, on va essayer de l'aider à trouver ses stratégies cognitives mais faut aussi que ça vienne de la personne elle-même. Puisque l'idée après c'est qu'elle réutilise ses stratégies dans sa vie quotidienne sans forcément qu'un thérapeute soit à ses côtés. Après comme les troubles cognitifs induits par la chimiothérapie sont réversibles la plupart du temps, ça peut aussi expliquer le fait qu'il peut y avoir une amélioration.**

Moi qui ait envie de travailler avec toutes sortes de professionnels y compris les orthophonistes et les ergothérapeutes même si j'ai un peu parlé des clashes qu'il y avait entre psy/ortho tout à l'heure. Par contre j'encourage vraiment le développement de normes pour tout ce qui est évaluation cognitive puisque cet effet d'intervention il n'est pas assez pris en compte y compris en recherche. C'est pour ça que quand on a une mauvaise stratégie de remédiation cognitive, quand les choses sont bien faites qu'on va faire notre protocole pour vérifier son efficacité, en parallèle on va toujours proposer non pas un groupe contrôle sans intervention mais un comparateur actif avec une intervention qui n'est pas spécifique. Si on

cherche par exemple à montrer l'efficacité d'une intervention qui cherche à cibler les fonctions exécutives comme on en parlait tout à l'heure, pour le comparateur actif on va proposer n'importe quel autre type de soins de support, pourquoi pas de la méditation, n'importe quoi, quelque chose qui sera connu pour ne pas cibler spécifiquement les fonctions cognitives. Et ça ça nous permet justement de connaître cet effet d'intervention, le simple fait d'intervenir qui peut quand même générer une augmentation des scores dans nos tests qui vont mesurer les fonctions exécutives. Donc pour ce qui est de la clinique, il me semble que sans norme, le travail est compromis. Je te posais la question tout à l'heure après c'était pour en venir aux droits de reproduction puisque développer des normes c'est un travail qui est coûteux et pour ce qui est du PRPP, je me demande finalement avec ou sans norme comment sera t'il diffusé auprès de tes collègues orthophonistes et psychologues ? Est-ce qu'en gros on a un nouvel outil en open source ?

**Je reviens juste sur la question de la norme, ce bilan ne permet pas de faire des normes car c'est un bilan écologique et la personne choisit ses activités où elle a des difficultés puis en fonction des habitudes de vie de la personne, l'activité en question va être séquencée en fonction de comment la personne procède dans sa vie quotidienne. Ainsi d'une personne à l'autre l'activité ne sera pas séquencée de la même façon ce qui ne permet pas de normer à proprement parlé entre les personnes puisque chaque personne a des habitudes de vie qui lui sont propres.**

C'est donc une limite des outils écologiques, c'est la standardisation finalement.

**Concernant les droits de reproduction du PRPP, il faut réaliser une formation de 5 jours pour le côté évaluation et une seconde formation de 5j pour le côté intervention qui est payante. C'est une évaluation ouverte seulement aux ergothérapeutes mais elle utilise un jargon accessible à tout professionnels grâce à des verbes d'action, c'est également pour ça que cette évaluation a été créée par deux ergothérapeutes australiennes pour que les comptes rendus effectués suite au PRPP soient compréhensibles par le patient, la famille et par l'équipe pluridisciplinaire.**

En fait nous il y a beaucoup de tests qui sont reproduits de manière illégales et qui sont utilisés par les psychologues, il y en a beaucoup qui sont obtenus de manière légales aussi mais qui sont très chers et puis il y a des initiatives qui se développent avec de nouveaux outils qui sont en open access donc ça c'est génial. Parce qu'il est question d'accès aux soins, des soins, de la démocratisation des évaluations cognitives quand on sait à quel point on rend service aux gens quand on peut les évaluer et prendre en charge leurs troubles cognitifs bah

forcément on est sensible aussi à la disponibilité et donc au cout des tests. C'est pour ça que je te posais cette question, sachant que les tests ont un coût de développement aussi. Tout ne peut pas être gratuit.



## **Annexe 13 : Guides d'entretien pour la pré-enquête avec le neuropsychologue et pour l'enquête avec les ergothérapeutes**

### **Pré-Enquête :**

#### **Entretien neuropsychologue :**

1/ Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel ?

Question de relance :

- Avez-vous suivi des formations après être diplômé de l'école de psychologie ?

#### **Partie chemobrain et évaluations globales :**

2/ Que pouvez-vous me dire sur le chemobrain ?

3/ Quelles sont les types de plaintes cognitives des patientes atteintes de chemobrain ?

Question de relance :

- Est-ce qu'elles évoquent des troubles cognitifs ou est-ce qu'elles évoquent plutôt des situations de vie quotidienne problématiques ?

4/ Quelles évaluations utilisez-vous pour évaluer ces troubles cognitifs induits par les traitements ? Plus particulièrement pour les fonctions exécutives ?

5/ Que révèlent les résultats des évaluations cognitives réalisées en neuropsychologie chez les patientes exprimant une plainte ?

Question de relance :

- Est-ce que les résultats révèlent souvent des difficultés cognitives chez les patientes exprimant cette plainte ?

6/ Que pensez-vous des évaluations écologiques pour évaluer les troubles cognitifs ? En utilisez-vous ? Pourquoi ?

7/ Comment la patiente perçoit-elle ces évaluations cognitives ?

8/ Connaissez-vous des évaluations écologiques permettant de mettre en évidence des fonctions cognitives altérées dans des activités choisies par la personne ?

9/ Pensez-vous qu'une évaluation écologique avec une grille d'observation spécifique aux fonctions exécutives (percevoir, se rappeler, planifier et exécuter) pourrait aider à l'identification des troubles cognitifs chez les personnes atteintes de chemobrain ?

#### **Partie co-facteurs :**

10/ Est-ce qu'il y a la présence de co-facteurs quand les patientes se plaignent de troubles cognitifs ?

11/ Est-ce que vous évaluez les co-facteurs chez ces patientes ?

Oui : comment ? Pour quelles raisons ?

Non : pour quelles raisons ? Comment pourriez-vous les évaluer ?

### **Partie interprofessionnelle :**

12/ Si vous travaillez en équipe interprofessionnelle, est-ce que vous évaluez les troubles cognitifs en complémentarité avec une autre profession ? Comment les résultats sont-ils partagés en équipe interprofessionnelle ?

13/ Selon vous, en quoi l'ergothérapeute peut-il avoir sa place auprès de cette population pour l'évaluation fonctionnelle du cerveau ?

### **Ouverture :**

14/ Souhaitez-vous ajouter quelque chose vis-à-vis de mon sujet de mémoire ?

### **Enquête :**

#### **Entretien ergothérapeute :**

1/ Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel ?

Questions de relance :

- Avez-vous suivi des formations après être diplômé de l'école d'ergothérapie ?
- En quelle année avez-vous été formé ?

### **Partie évaluations :**

2/ Que pensez-vous de la place de l'ergothérapeute dans l'évaluation fonctionnelle des troubles cognitifs ?

3/ Quelles évaluations utilisez-vous pour évaluer la performance occupationnelle ?

4/ Quelles évaluations utilisez-vous pour évaluer le retentissement des troubles cognitifs ? Plus particulièrement pour les fonctions exécutives ?

5/ Que pensez-vous des évaluations écologiques en ergothérapie ?

6/ Utilisez-vous des évaluations écologiques pour les troubles cognitifs qui permettent d'objectiver des troubles non ressortis dans les bilans papier/crayon ?

7/ Quelles sont les avantages que vous rencontrez lors de la passation d'évaluations écologiques ?

8/ Quelles sont les limites que vous rencontrez lors de la passation d'évaluations écologiques ?

9/ Quelles différences voyez-vous entre les bilans/papiers crayons et les évaluations écologiques ?

**Partie interprofessionnalité :**

10/ Si vous travaillez en équipe interprofessionnelle, est-ce que vous évaluez le retentissement des troubles cognitifs en complémentarité avec une autre profession ?

11/ Comment les résultats sont-ils partagés en équipe interprofessionnelle?

**Partie PRPP :**

12/ Que pensez-vous du bilan Perceive, Recall, Plan, Perform (PRPP) ?

Question de relance :

- Si les interlocuteurs n'évoquent pas les troubles cognitifs, reposer la question en les incluant : « pour évaluer les troubles cognitifs ? »
- Selon vous, quelles sont les particularités de ce bilan ?
- Quelles caractéristiques de ce bilan permettent d'évaluer les troubles cognitifs ?

13/ Dans votre pratique comment pouvez-vous (ou avez-vous) inclure (inclut) le PRPP ?

14/ Est ce que le PRPP serait adapter pour objectiver les troubles cognitifs considérés comme « légers » comme par exemple dans le cadre de troubles cognitifs induits par la chimiothérapie, qui ne sont pas objectivés par les tests papier/crayon ?

15/ D'après vous, qu'est ce qui serait important de faire pour développer le PRPP en France ?

**Ouverture :**

16/ Souhaitez-vous ajouter quelque chose vis-à-vis de mon sujet de mémoire ?

## **Annexe 14 : Consentement à la fixation, reproduction et exploitation de l'image ou d'un autre attribut de la personnalité.**



### **CONSENTEMENT A LA FIXATION, REPRODUCTION ET EXPLOITATION DE L'IMAGE OU D'UN AUTRE ATTRIBUT DE LA PERSONNALITE**

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_

Résidant à l'adresse suivante : \_\_\_\_\_

Autorise \_\_\_\_\_ dans le cadre de son diplôme en ergothérapie agissant dans le cadre de l'initiation à la recherche à l'Institut de Formation en Ergothérapie de TOULOUSE

à enregistrer ma voix

à me photographier

à me filmer

Cette autorisation est consentie dans les strictes conditions suivantes :

- Utilisation de l'analyse des situations d'entretien dans le cadre de la recherche : "Evaluation en ergothérapie des troubles cognitifs induits par la chimiothérapie".
- Diffusion uniquement dans le cadre de la recherche et de la santé pour analyse des paroles des interviewés, à titre de présentation et réflexion à caractère uniquement lié à la recherche.
- Diffusion interdite en public et/ou dans le cadre d'utilisation des images pour un film destiné au grand public sans un nouveau consentement de ma part.

Je me réserve le droit de demander à tout moment la destruction des supports de fixation d'images et cela sans donner d'explication.

La présente autorisation est consentie à titre gracieux.

La présente autorisation est délivrée en deux exemplaires, dont le premier me sera remis et le second sera conservé par Manon Giraud *Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.*

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

## Consentement du neuropsychologue :



### CONSETEMENT A LA FIXATION, REPRODUCTION ET EXPLOITATION DE L'IMAGE OU D'UN AUTRE ATTRIBUT DE LA PERSONNALITE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_

Résidant à l'adresse suivante : \_\_\_\_\_

Autorise Manon Giraud dans le cadre de son diplôme en ergothérapie agissant dans le cadre de l'initiation à la recherche à l'Institut de Formation en Ergothérapie de TOULOUSE

à enregistrer ma voix

à me photographier

à me filmer

Cette autorisation est consentie dans les strictes conditions suivantes :

- Utilisation de l'analyse des situations d'entretien dans le cadre de la recherche : "Evaluation en ergothérapie des troubles cognitifs induits par la chimiothérapie".
- Diffusion uniquement dans le cadre de la recherche et de la santé pour analyse des paroles des interviewés, à titre de présentation et réflexion à caractère uniquement lié à la recherche.
- Diffusion interdite en public et/ou dans le cadre d'utilisation des images pour un film destiné au grand public sans un nouveau consentement de ma part.

Je me réserve le droit de demander à tout moment la destruction des supports de fixation d'images et cela sans donner d'explication.

La présente autorisation est consentie à titre gracieux.

La présente autorisation est délivrée en deux exemplaires, dont le premier me sera remis et le second sera conservé par Manon Giraud *Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.*

Fait à : Caen

Le : 09/10/2022

Consentement de l'ergothérapeute 1 (E1) :



**CONSENTEMENT A LA FIXATION, REPRODUCTION ET EXPLOITATION DE L'IMAGE OU D'UN AUTRE ATTRIBUT DE LA PERSONNALITE**

Je soussigné(e) : [REDACTED]

Né(e) le : [REDACTED] à [REDACTED]

Résidant à l'adresse suivante : [REDACTED]

Autorise Manon Giraud dans le cadre de son diplôme en ergothérapie agissant dans le cadre de l'initiation à la recherche à l'Institut de Formation en Ergothérapie de TOULOUSE Canada

à enregistrer ma voix

à me photographier

à me filmer

Cette autorisation est consentie dans les strictes conditions suivantes :

- Utilisation de l'analyse des situations d'entretien dans le cadre de la recherche : "Evaluation en ergothérapie des troubles cognitifs induits par la chimiothérapie".
- Diffusion uniquement dans le cadre de la recherche et de la santé pour analyse des paroles des interviewés, à titre de présentation et réflexion à caractère uniquement lié à la recherche.
- Diffusion interdite en public et/ou dans le cadre d'utilisation des images pour un film destiné au grand public sans un nouveau consentement de ma part.

Je me réserve le droit de demander à tout moment la destruction des supports de fixation d'images et cela sans donner d'explication.  
La présente autorisation est consentie à titre gracieux.

La présente autorisation est délivrée en deux exemplaires, dont le premier me sera remis et le second sera conservé par Manon Giraud. Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.

Fait à : Shelbrooke, Qc, Le : 2022/02/06  
Canada

[REDACTED]

---

1 | Formulaire de Consentement dans le cadre de l'IFE Toulouse - Responsable pédagogique de la formation : Jean-Michel CAIRE - Ergothérapeute, PhD - Université Toulouse

Consentement de l'ergothérapeute 2 (E2) :



**CONSENTEMENT A LA FIXATION, REPRODUCTION ET EXPLOITATION DE L'IMAGE OU D'UN AUTRE ATTRIBUT DE LA PERSONNALITE**

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ (7) \_\_\_\_\_

Résidant à l'adresse suivante : \_\_\_\_\_

Autorise –Manon Giraud– dans le cadre de son diplôme en ergothérapie agissant dans le cadre de l'initiation à la recherche à l'Institut de Formation en Ergothérapie de TOULOUSE

à enregistrer ma voix

à me photographier

à me filmer

Cette autorisation est consentie dans les strictes conditions suivantes :

- Utilisation de l'analyse des situations d'entretien dans le cadre de la recherche : "Evaluation en ergothérapie des troubles cognitifs induits par la chimiothérapie".
- Diffusion uniquement dans le cadre de la recherche et de la santé pour analyse des paroles des interviewés, à titre de présentation et réflexion à caractère uniquement lié à la recherche.
- Diffusion interdite en public et/ou dans le cadre d'utilisation des images pour un film destiné au grand public sans un nouveau consentement de ma part.

Je me réserve le droit de demander à tout moment la destruction des supports de fixation d'images et cela sans donner d'explication.

La présente autorisation est consentie à titre gracieux.

La présente autorisation est délivrée en deux exemplaires, dont le premier me sera remis et le second sera conservé par Manon Giraud *Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.*

Fait à : \_\_Québec\_\_

Le : \_12 février 2022\_\_\_\_\_



Consentement de l'ergothérapeute 3 (E3) :

**PREFMS** Pôle régional d'enseignement et de formation aux métiers de la santé

Occitanie  
Hôpitaux de Toulouse

**CONSENTEMENT A LA FIXATION, REPRODUCTION ET EXPLOITATION DE L'IMAGE OU D'UN AUTRE ATTRIBUT DE LA PERSONNALITE**

Je soussigné(e) [REDACTED]

Né(e) le [REDACTED] à Paris

Résidant à l'adresse suivante [REDACTED] 16

Autorise Manon Giraud dans le cadre de son diplôme en ergothérapie agissant dans le cadre de l'initiation à la recherche à l'Institut de Formation en Ergothérapie de TOULOUSE

à enregistrer ma voix

à me photographier

à me filmer

Cette autorisation est consentie dans les strictes conditions suivantes :

- Utilisation de l'analyse des situations d'entretien dans le cadre de la recherche : "Evaluation en ergothérapie des troubles cognitifs induits par la chimiothérapie"
- Diffusion uniquement dans le cadre de la recherche et de la santé pour analyse des paroles des interviewés, à titre de présentation et réflexion à caractère uniquement lié à la recherche
- Diffusion interdite en public et/ou dans le cadre d'utilisation des images pour un film destiné au grand public sans un nouveau consentement de ma part

Je me réserve le droit de demander à tout moment la destruction des supports de fixation d'images et cela sans donner d'explication.

La présente autorisation est consentie à titre gracieux.

La présente autorisation est délivrée en deux exemplaires, dont le premier me sera remis et le second sera conservé par Manon Giraud. Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.

Fait à Paris le 14/02/2022

[REDACTED]

---

1 Formulaire de Consentement dans le cadre de l'IFE Toulouse - Responsable pédagogique de la formation : Jean-Michel CAIRE - Ergothérapeute, PhD - Université Toulouse



**Annexe 15 : Poste écrit sur le réseau social « Facebook » et plus particulièrement sur la page « PRPP Québec » pour des demandes d'entretiens.**



**Giraud Manon**

27 janvier · 🌐



Bonjour à tous,

Je m'appelle Manon Giraud et je suis étudiante en 3ème année à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse.

Je suis actuellement dans la rédaction de mon mémoire d'initiation à la recherche qui porte sur l'évaluation en ergothérapie des troubles cognitifs induits par la chimiothérapie chez les femmes ayant un cancer du sein. Dans ce dernier j'évoque le PRPP en terme d'évaluation.

C'est ainsi que j'aimerais interroger des ergothérapeutes formés au PRPP. N'hésitez pas à me contacter afin que l'on échange sur cette évaluation, si cela vous intéresse.

Je vous remercie de l'attention portée à ce message, belle journée à vous.

Manon Giraud

## **Annexe 16 : Retranscription des entretiens de l'enquête auprès des ergothérapeutes (E1, E2, E3)**

### ***Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute 1 (E1) :***

**La première question c'est est-ce que vous pouvez me présenter votre parcours professionnel s'il vous plait ?**

Moi, je fais partie de la première promotion de l'université de Sherbrooke. Ma directrice venait de la France et est au Québec. J'ai fait le PACS (bac en 4 ans) faite à l'université d'Ottawa. J'ai pratiqué pendant un an à Ottawa et puis, parcours de vie, je me suis retrouvée dans les cantons de l'est à Sherbrooke d'où je travaille depuis toujours, mais je suis aussi retournée un petit moment au nord de Toronto en Ontario pour revenir au Québec. Depuis que je pratique au Québec, ma pratique a toujours été dans les hôpitaux en soins de courte durée, c'est ma spécialité à travers les années. Mais j'avais aussi travaillé par moment en centre de jour, en hôpital de jour, dans des unités de réadaptation gériatrique. J'ai travaillé en privé, dans les régions au nord de Toronto, plus avec les accidents de la route qui avaient des problématiques au niveau corso-musculaire. Le gros de mon parcours est en milieu de soins de courtes durées donc toutes populations qui se retrouvent hospitalisées pour raisons majeures. C'est certain, que c'est lié au vieillissement de la population. Ma clientèle est principalement des personnes âgées qui ont des défis occupationnels plus de l'ordre du vieillissement normal, du vieillissement pathologique qui ajoutent aussi des instincts de parcours de vie demandant des hospitalisations et depuis qu'il y a une formation universitaire en ergothérapie depuis quinze ans maintenant, j'enseigne aussi à l'université de Sherbrooke. C'est par tutorat, j'enseigne un cours qui s'appelle « les fondements en réadaptation » où on est ergothérapeutes et physiothérapeutes. J'ai deux blocs à travers l'année. Je suis également superviseur de stagiaires au moins une fois par an. Depuis quatre ans, je suis aussi coordonatrice clinique en ergothérapie pour toutes mes collègues qui font de la clientèle adultes soit hospitalisées, soit en externe.

**Est-ce que vous avez suivi des formations après avoir été diplômée de l'école d'ergothérapie ?**

Plusieurs. Je suis quand même choyée dans notre système de santé et la formation continue, avec ses hauts et ses bas, est reconnue. Il y a toujours eu des budgets donc la liste est assez longue de toutes les formations en tout genre que j'ai faite. Principalement en lien avec mon

côté clinique et plus dernièrement avec mon côté coordinatrice où je fais des formations plus de l'ordre de la psychologie.

Mes plus majeures qui influencent ma pratique ont été les formations en éthique, car j'adore l'éthique. Mais aussi au niveau clinique, le PRPP (*Perceive, Recall, Plan and Perform*) et le AMPS (*Assessment of Motor and Process Skills*), j'ai été formée avant au AMPS, j'ai voulu voir le côté opérationnel du AMPS mais il était limitatif je trouvais, il n'était pas assez bien développé, ce qui m'a propulsée vers le PRPP.

### **Que pensez-vous de la place de l'ergothérapeute dans l'évaluation fonctionnelle des troubles cognitifs ?**

Je ne sais pas de votre côté mais nous c'est quand même assez bien encadré par notre code de déontologie. Dans nos activités réservées, on a pas celles des évaluations cognitives, ça nous a été retiré il y a plusieurs années. Notre rôle selon nos ordres se nomme plus de faire des évaluations fonctionnelles où on peut apprécier les fonctions cognitives. Mais très honnêtement, grâce au PRPP ça m'a donné un vocabulaire, qui est très ergo. Le fait que ce bilan utilise des verbes d'actions c'est très accessible aussi pour tout le monde. J'avais jamais réalisé qu'on pouvait autant observer de comportements cognitifs, que ça se décodait. Autant le AMPS pour l'aspect moteur, mais le PRPP je trouve ça incroyable, ça me fascine pour l'aspect cognitif. On peut observer énormément de choses, ça a été révélateur le PRPP pour moi.

### **Est-ce que vous utilisez des évaluations pour évaluer la performance occupationnelle dans votre pratique ?**

Oui, en général parce que les gens comme je l'explique à mes stagiaires surtout, à l'hôpital, de parler de rendement et d'engagement occupationnel c'est difficile à évaluer en milieu de courte durée car les gens sont en transition, ils ne sont pas dans leur milieu de vie mais ils sont en réaction à des pertes sans savoir trop comment ça va finir. Donc, j'évalue principalement le rendement occupationnel ou la réalisation occupationnelle mais indirectement aussi on touche certains éléments de l'engagement occupationnel mais oui c'est vraiment la performance des gens qui est mon outil principal.

### **Avec quelles évaluations évaluez-vous la performance occupationnelle ? Est-ce que vous pouvez me citer des noms ?**

Euh très honnêtement, quand je fais ma documentation, j'utilise le AMPS pour la dimension physique et à partir des quatre cadrants du PRPP pour la dimension cognitive. Je documente

toujours avec ce vocabulaire là. Vous avez la dimension spirituelle dans vos modèles en France ?

**Oui.**

Le sens des occupations, honnêtement, est influencé peut être un peu plus par le MOHOST (*Model of Human Occupation Screening Tool*), sans dire que j'utilise des mots typiquement comme « volition », et tout ça parce qu'on perd les gens. Mais je suis quand même influencée par mon enseignement où on va faire la différence entre la motivation qui est une énergie en intention et l'engagement qui est une énergie en action.

**Quelles évaluations utilisez-vous pour évaluer le retentissement des troubles cognitifs et plus particulièrement pour les fonctions exécutives ?**

Le PRPP. Occasionnellement j'utilise une évaluation de la société ontarienne appelée l'évaluation perceptuelle de l'Ontario Society of Occupational Therapists (EP-OSOT), que j'ai connu quand je pratiquais là bas. C'est une évaluation uniquement basée sur l'évaluation des habiletés perceptuelles que je vais utiliser davantage pour des genres de démences primaires dyspeptiques qui touchent beaucoup les habiletés perceptuelles. J'utilise aussi cette évaluation car je suis formée sur l'évaluation de l'aptitude ou inaptitude clinique. Ça s'appelle le CCT (*Cognitive Competency Test*). Je l'utilise pas au complet car il balaye des affaires qui ne sont pas bien faites mais il y a quelques éléments sur le jugement clinique qui sont bons dans cette évaluation, des mises en situation. Sinon j'utilise aussi beaucoup les évaluations cliniques de l'inaptitude, ça fournit tout un ensemble de questions sur la perception de la personne, de son besoin d'assistance pour s'occuper de ses finances, de sa personne, de rester chez elle. J'ajoute aussi ces notions là dans mes évaluations qui sont plus de l'ordre légale.

**Ces deux évaluations que vous m'avez indiqué sont-elles spécifiques aux ergothérapeutes ou d'autres professionnels peuvent les utiliser ?**

Le Ontario société by Occupational Therapist c'est un test percepteur utilisé que en ergothérapie, même si tout le monde pourrait quand même l'utiliser. Il n'est pas si compliqué, les instructions sont vraiment bien faites donc d'autre monde pourrait, je crois, si ils sont habiletés à apprécier comme les neuropsychologues.

Le CCT a été faite par un neuropsychologue en Ontario, donc lui je crois pourrait être utilisé par des gériatres ou d'autres personnes. Et j'oublie aussi au niveau des évaluations financières, j'utilise le EMAF (*Échelle de Montréal pour l'évaluation des activités financières*), est-ce que ça vous dit quelque chose?

**Non.**

C'est très québécois, c'est l'évaluation montréalaise des activités financières qui est reconnue officiellement. C'est une des évaluations qui est reconnue dans les évaluations cliniques. Elle est pas exclusive aux ergothérapeutes, elle a été faite par des neuropsychologues donc j'imagine que des neuropsychologues l'utilise aussi. Les étudiants sont formés en partie à l'université avec cette évaluation. Je l'utilise mais elle est trop haut niveau pour la plupart de ma clientèle, elle est très longue à passer ce qui n'est pas toujours efficient pour le roulement des soins de courtes durées. Mais de part notre réseau d'ergothérapeutes en région de l'estri, on a combinés des bouts d'évaluations plus maison avec quelques éléments de cette évaluation.

### **Que pensez-vous des évaluations écologiques en ergothérapie ?**

Écologique ? Juste me définir ce que c'est ?

**Ecologique, pour nous en France cela signifie dans le milieu de vie de la personne, en fonction des habitudes de vie de la personne.**

Comme je dis souvent aux usagers, mon travail s'arrête avec les murs de l'hôpital donc je fais que de l'évaluation en contexte de gens hospitalisés. À travers les années, on va travailler à même la chambre, on a une cuisine d'évaluation mais tu sais ça demande un défi de plus de faire qu'est-ce qui appartient au fait que ce n'est pas leur cuisine, qu'est-ce qui appartient au fait que c'est aux troubles neuro-cognitifs. On essaye de créer des environnements les plus similaires possible. L'hôpital où je travaille, on a eu des gros travaux de rénovation. J'ai travaillé avec l'équipe de plan pour essayer de créer des environnements, des salles de bains ressemblant plus à domicile sinon c'était toutes des douches ouvertes pour que le personnel lave les usagers. On essaye plus de recréer un environnement similaire à leur quotidien.

**Utilisez-vous des évaluations écologiques pour les troubles cognitifs qui permettent d'objectiver des troubles non ressortis dans les bilans papier/crayon ?**

Dans les contextes de milieu écologique, de recréer le plus possible l'environnement de la personne, j'utilise rarement maintenant des évaluations papiers/crayon donc oui c'est très complémentaire. Disons souvent je travaille plus avec des gériatres dans ces situations là. On n'a pas de psychologue, ni de neuropsychologue dans nos services. En ce moment par exemple, on a un homme qui a été retrouvé dans son appartement vraiment pas en bonne forme, qui avait le Covid. C'est un homme qui avait déjà fait un AVC (*Accident Vasculaire Cérébral*) en 2015 avec des problèmes d'aphasie au niveau expressif, donc les gériatres ont eu peu de misères à dire qu'on allait faire le testing cognitif traditionnel. On les a appelé pour leur dire venez faire ce que vous pouvez mais on leur a dit aussi tout ce que nous on a vu en

ergothérapie. Très honnêtement il y a des tendances avec le PRPP que je ne diagnostic pas mais des fois mes collègues gériatres disent « Marie-Claude, tu trouves que c'est quel genre de démence, de troubles neuro-cognitifs ? ». Il me demande mon opinion, mon impression générale car avec le PRPP tu vois les tendances qui se décrivent des différents types de troubles neuro-cognitifs.

**En évaluation écologique, vous utilisez du coup le PRPP, est-ce que vous en utilisez d'autres ?**

Cognitivement, non. Si, pour des troubles percepteurs très spécifiques, pour confirmer certaines de mes observations par le PRPP, je vais faire un peu de top-down, je vais descendre du fonctionnel vers du plus papier / crayon ou des mises en situation de dimension ou d'aptitude. Donc oui, de temps en temps. Vous connaissez le MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*) en France.

**Oui nous connaissons bien cette évaluation.**

Je ne touche pas à la MoCA. Mais parfois, ici les infirmières en gériatrie, spontanément dès qu'ils rentrent les dossiers, l'infirmière va faire des MoCA. Moi je trouve que je n'ai pas besoin de ça pour arriver à ma finalité en ergo. Je trouve que c'est beaucoup plus riche de comment je fais les choses avec le PRPP.

**Quelles sont les avantages que vous rencontrez lors de la passation d'évaluations écologiques ?**

Au fond, l'idée dans tout ça le fait de faire des évaluations écologiques c'est parce qu'on veut savoir si la personne peut retourner dans son milieu de vie antérieure, est-ce qu'elle a besoin d'une orientation vers de la convalescence, vers une unité de transition, vers la réadaptation, vers un milieu d'hébergement. Donc les tests papiers/crayon ne sont pas représentatifs à ce moment là, ils vont juste dire qu'il y a un problème. Et après ? Comment ça bascule dans les comportements fonctionnels, dans la réalisation d'activités. Moi je suis beaucoup plus de la culture top-down où je vais directement par la tâche, par l'activité donc par l'évaluation écologique. Avant je pouvais me dire je vais aller tester avec des batteries. J'oublie, ça arrive pour le dépistage conduite automobile, des fois je vais utiliser le Trail Making Test (TMT), je vais utiliser le test des cloches. Mais honnêtement mon évaluation cuisine parle tellement plus des aptitudes de conduite automobile que de ces tests là. Mais oui je suis très écologiques dans mes évaluations. Ça permet de vraiment plus coller à la finalité visée, et au niveau de l'efficience et l'efficacité grâce au PRPP je les mêle tous dans une même évaluation, j'ai tous mes éléments. Et avec le AMPS aussi j'ai tout ce que j'ai besoin au niveau moteur. Disons sur

les quelques tâches que l'on peut faire : hygiène, habillage, cuisine, en milieu hospitalier en général j'ai tout ce qu'il me faut. Puis même si je fais une évaluation papier, autre que le test d'habileté financière, ma tête va quand même penser au PRPP au niveau de l'appréciation des fonctions cognitives.

**À l'inverse, quelles seraient pour vous les limites que vous rencontrez lors de la passation d'évaluations écologiques dans votre pratique ?**

Si je ne travaillais pas en collaboration avec d'autres spécialités, des champs réservés, ça n'aurait pas la même valeur car ça pourrait nous limiter dans l'action ressource. Un exemple très concret en ce moment, même si je peux recommander un certain type de milieu de vie disons qu'il serait un milieu de ressource qui peut aussi aller dans les besoins d'assistance mais donc cognitives de consignes, de rappels, de validation de l'efficacité de leur tâche. Si on a pas un diagnostic, on ne peut jamais les faire progresser donc si je ne travaillais pas avec d'autres gens ça n'aurait pas la même valeur.

**Quelles différences voyez-vous entre les bilans papiers / crayon et les évaluations écologiques ?**

Les bilans papiers /crayon vont être très bons, si c'est bien fait, pour cibler des problématiques de l'ordre des aptitudes ou des dimensions de la personne. Puis les gens vont extrapoler par la suite vers le fonctionnel, on le voit beaucoup en neuropsychologie. C'est merveilleux d'extrapoler mais il y a souvent des erreurs parce qu'on ne connaît pas les ressources des gens par rapport à l'aspect motivationnel, d'engagement. Comment malgré une problématique d'inaptitude, vont mettre en valeur d'autres aptitudes qui vont être compensatoires et leur rendement pourrait même dépasser les attentes d'extrapolation à partir de tests papier / crayon.

**Vous m'avez indiqué travailler en équipe interprofessionnelle, est-ce vous évaluer les troubles cognitifs en complémentarité avec une autre professions ?**

On est toujours deux, ou trois, non parce qu'il y a toujours le médecin. Je vous dirais en moyenne qu'on est minimum trois en collaboration interprofessionnelle.

Oui souvent, ça peut être juste avec le demandeur qui en grande majorité est un médecin de famille ou un spécialiste, mais oui aussi avec des gériatres, des infirmières de gériatrie. Honnêtement je collabore beaucoup avec les infirmières, les infirmières auxiliaires, les préposés qui sont tous des bonnes sources d'informations.

**Comment les résultats sont partagés en équipe inter professionnelle ?**

Le mode de communication est varié pour transmettre les résultats. Il y a la documentation, la rédaction de dossiers et tout ça dans le dossier de l'utilisateur mais elle se fait aussi de façon très informelle, des échanges spontanés, des appels téléphoniques non planifiés. Elles peuvent se faire aussi de façon planifiées quand on a des rencontres, on peut avoir des rencontres spontanées comme on peut aussi organiser des rencontres d'équipe surtout quand les cas commencent vraiment à être de l'ordre de la plus grande complexité au niveau de leur situation. En résumé, officiel ou non officiel, communication écrite ou verbale, le téléphone, on peut même se texter moi je ne le fais pas, je me pose la question sur la confidentialité à travers tout ça mais je vois beaucoup de texting qui se passe. On utilise aussi certains modes avec nos partenaires, car nous on est juste une étape transitoire. Je vais aussi utiliser le courriel avec des rapports.

### **Que pensez-vous du PRPP ?**

Ma révélation de carrière. J'ai une collègue qui a arrêté cette année malheureusement mais les deux on est formées puis on ne jure que par ça. C'est vraiment un ajout merveilleux à ma profession, ça m'a beaucoup outillé, et ça m'a donné beaucoup de crédibilité à mon travail et à la profession. C'est une évaluation pour tout âge, toutes pathologies, toutes cultures, pour n'importe quoi et à n'importe quelle situation. Cette évaluation donne vraiment beaucoup de crédibilité à notre travail.

### **Quelles sont les particularités de ce bilan ? Quelles caractéristiques de ce bilan permettent d'évaluer les troubles cognitifs selon vous ?**

Ce que je trouve très intéressant, c'est que comme je disais, à la base c'est un modèle de psychologie donc c'est là que ça a toute sa force au niveau scientifique mais c'est quand même un modèle qui est aussi écosystémique. Donc il ratisse très large mais j'aime beaucoup le fait que Madame Ranka et Madame Chapparo, auteures du PRPP ont réussi à mettre des mots sur des choses, on parle du traitement de l'information cognitive mais concrètement comment on observe ça ? C'est impressionnant, je ne pensais pas qu'on pouvait développer son sens de l'observation à ce point là. Je ne l'utilise pas en traitement, parce que c'est moins le mandat mais je vois toutes les pistes, je n'ai jamais fait le volet traitement du PRPP, mais je vois comment c'est incroyable comment on peut mieux cibler les pistes dans le déroulement du séquençage du fonctionnement où tout à coup le problème revient tout le temps. Ça aide vraiment à pister des vraies pistes d'intervention, beaucoup plus que n'importe quels tests que je faisais avant.



Une de ses forces est que le PRPP est très bien structuré. Quand je rédige, ça me permet vraiment de bien placer les éléments observables vers les bonnes composantes du traitement de l'information cognitive, ce qui me permet de voir plus claire où est la raison des défis occupationnels et donc les types de recommandations d'interventions que l'on peut faire par la suite. Est-ce qu'on est dans une situation où il y a des éléments de réversibilité versus on est dans la chronicité, on est tellement dans la base de juste de l'attention de la perception qu'on part de très très loin versus des problématiques de finalité d'exécution, d'évaluation pour s'assurer que tout était bien fait. Ça aide vraiment à mieux statuer sur le degré de sévérité fonctionnel mais sur fond cognitif. Les gens comprennent aussi, car c'est des verbes d'action, c'est très imagés, les gens comprennent bien on peut facilement communiquer avec cette même terminologie là. Je ne suis pas en train d'utiliser un jargon scientifique, pas accessible. Je peux utiliser les mêmes mots avec la clientèle, avec la famille, avec les membres d'équipe. Puis, quand certains de nos dossiers sont jugés, les juges les apprécient car ils comprennent, ce n'est pas du jargon médical, ils disent « on voit le patient, on comprend les défis », parce que ça documente de façon très observables, des verbes très accessibles, des mots très accessibles.

On sauve tellement de temps dans nos évaluations et puis c'est très top-down. C'est certain qu'en milieu de courtes durées je fais du bottom-up aussi je n'ai pas le choix, quelqu'un qui a un AVC, je ne vais pas commencer à l'évaluer au niveau de ses soins personnels, je vais plutôt regarder ses aptitudes positionnelles et je vais faire ensuite du top-down. Le PRPP permet d'être très top-down parce que tu as observé la personne directement dans la tâche.

### **Dans votre pratique, comment avez-vous inclut le PRPP ?**

Je l'utilise tout le temps, je ne suis pas capable d'observer quelqu'un sans. Même mes collègues des fois je leur donne des exemples, je leur dis « ok je vais vous expliquer comment apprendre à observer de tout niveau du fonctionnement ». Mon cerveau est vraiment programmé PRPP. J'ai été formée il y a une vingtaine d'années passées mais honnêtement je n'ai jamais réalisé de mise à jour. J'ai été un peu dans la communauté PRPP pour m'assurer de la rigueur de bien placer les choses au bon endroit mais je n'ai jamais fait de refresh ce qui serait probablement merveilleux.

**Est-ce que le PRPP serait adapter pour objectiver les troubles cognitifs considérés comme « légers » comme par exemple dans le cadre de troubles cognitifs induits par la chimiothérapie, qui ne sont pas objectivés par les tests papier/crayon ?**

Oui je pense qu'on peut l'utiliser pour ces cas là. Quand on comprend le traitement de l'information cognitive, on peut déceler c'est tout simplement dans l'aptitude « percevoir », on rappelle dans la planification, en faisant les évaluations mais il y a des degrés dans tout ça aussi donc moi je pense qu'on peut aider à supporter au besoin de diagnostic, on peut aider à déceler. Puis des fois on va voir des choses que d'autres ne voient même pas parce qu'on voit les subtilités aussi. Parce que c'est comme une notion de toujours, la plus grosse source d'erreur dans une évaluation c'est de ne pas faire faire des choses assez difficiles aux gens. Puis quand ils sont hospitalisés, la vie est très simplifiée et on ne réalise pas à quel point les gens sont aidants. Parce que ce n'est pas leur environnement, donc tout de suite on va aller leur chercher le matériel, on va compenser un paquet de choses. Le AMPS m'avait appris ça, il y a quand même trois étapes dans une tâche : tout ce qui est organisation/préparation, tout ce qui est réalisation de la tâche puis tout ce qui est rangement. Une fois qu'on comprend tout ça c'est la science, nous on est des spécialistes de l'activité, c'est une science par elle-même. Quand on comprend ça, oui on peut déceler des choses même subtils chez une clientèle. D'ailleurs avec une clientèle avec des métastases cérébrales, ils savent pas trop ce que c'est, oui ils savent que c'est dans le cerveau mais de comprendre est-ce qu'ils sont aptes, pas aptes, on est souvent support à les aider parce qu'où je suis il n'y a pas de neuropsychologue. On est donc demandés pour des évaluations cognitives surtout pour le volet fonctionnel.

**Est-ce que vous auriez un exemple de patient avec troubles cognitifs légers que le PRPP à déceler ?**

Oui, en ce moment ma stagiaire est allée rencontrer une nouvelle usagère ce vendredi. On avait eu une demande, parce qu'elle a une problématique au niveau de la vessie et elle a des métastases cérébrales et elle fait des crises d'épilepsie cloniques. C'est surtout sa main dominante qui est atteinte. Donc à la base on a eu une demande pour évaluer sa participation dans une activité de l'alimentation et si on pouvait l'aider. Mais pendant que ma stagiaire travaillait avec elle, antérieurement j'avais déjà réalisé une orthèse de support pour l'usager car on disait qu'elle avait des problèmes au poignet. J'avais juste donné ça à la physiothérapeute en lui disant « essayes ça pour commencer ». Mais très facilement pour le cognitif, au niveau de l'attitude postural il y. Avait un problème. Bon ça c'est peut être la dimension de groupe musculo-squelettique. Dès que je lui ai présenté un objet dans la main, la manière de le prendre je décodais que ce n'était pas juste un problème musculo-squelettique. Elle ne savait pas comment positionner l'ustensile, comment mouvoir son bras en lien avec l'objet. Alors là je me suis dit ok, on est pas juste dans le musculo-squelettique,

on est dans des habiletés de percevoir les stimuli, reconnaître les objets. Puis après ça j'ai vu son langage avec le manque du mot, le délais d'exécution dans le langage. Puis là bah ça parle tout de suite dans ma tête. Je suis en train de penser avec des mots PRPP. Le PRPP va aider à dire que ce n'est pas juste une atteinte musculo-squelettique. C'est plus loin que musculo-squelettique. Malheureusement, avec les métastases il semble qu'il y a une atteinte cérébrale. Je n'ai pas encore vu les IRM, mais je suis presque sûre qu'il y a un petit quelque chose au niveau pariétal qui va apparaître, je serai curieuse d'aller voir ce que je vous probablement aller faire.

J'ai une autre dame, ça n'a rien à voir avec l'oncologie, elle a eu il y a 5/6 ans un soucis au niveau occipital provoquant une cécité corticale. Elle voit quand même un peu, mais là son corps quand elle bouge ça n'allait pas. Alors je suis allée fouiller dans tous les examens neurologiques, IRM, cercle de Willis, tous ces examens là. Et oui, il parle d'atteinte occipitale à pariétale, je le savais !

Quand on combine nos notions de neurologie avec le PRPP, oui ça permet de voir des troubles mêmes légers. Souvent je dis, pousse plus loin là parce que moi je pense qu'il y a quelque chose par rapport à tel niveau.

### **Qu'est ce qui serait important de faire pour développer le PRPP en France ?**

Que cette évaluation soit reconnue dans le système d'enseignement parce qu'elle coûte très cher à avoir donc c'est la plus grosse contrainte. Je ne sais pas comment sont organisés vos budgets en France une fois qu'on est dans le milieu du travail, quel genre de budget est accordé aux formations. Dans les nouvelles générations, le budget n'est pas là. Donc peut être de l'inclure dans la formation universitaire comme cours sur des heures. Même peut être proposer à l'université des heures supplémentaires, l'été quand les gens ne sont pas à l'université. Ça demanderait aussi des genre de partenariats avec les formatrices australiennes. Quand j'ai fait des évaluations sur l'inaptitude clinique, ils en font mention donc peut être pour commencer à reconnaître que dans d'autres types d'évaluations le PRPP a toute sa place pour avoir une rigueur d'objectivité et aussi de ne pas faire de pré conçue ou des erreurs de recommandations qui touchent la vie d'une personne.

De plus, d'être libéré 5 jours de son travail c'est très difficile, ce n'est souvent pas accepté à moins que tu aies un soutien très fort, mais ce n'est pas toujours accepté par l'employeur de laisser aller quelqu'un pendant 5 jours parce qu'il manque des ressources. Puis de le faire vraiment à l'université, je re questionne mon idée de tantôt parce que si on a pas assez d'expérience, moi je l'ai faite je devais avoir au moins 10 ans d'expérience, ça n'aurait pas

fait le même sens si je n'avais pas eu l'expérience d'avoir réalisé plusieurs évaluations fonctionnelles auparavant. Là ça me parlait, je ne suis pas sûre que j'aurai autant pu bonifier cette évaluation sans un certain nombre d'années d'expérience. Mais à l'université je dis oui pour des cours pour comprendre que c'est intéressant comme évaluation.

**Voulez-vous ajouter quelque chose ?**

Non pas spécialement mais j'espère que tu auras la chance de toucher au PRPP parce que ça facilite une carrière ! Il y a tellement de belles choses dans la profession et il y a une belle relève de jeunesse comme toi, enseigner et collaborer comme ça c'est génial ! Vous êtes ceux qui vont prendre la relève, vous avez toute la passion. Ça rallume la flamme, il y a de très belles carrières en ergothérapie.

***Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute 2 (E2) :***

**Est-ce que vous pouvez me présenter votre parcours professionnel premièrement s'il vous plaît ?**

Moi je suis diplômée de 2004 de Bordeaux, j'ai travaillé après en santé mentale dans la région de Jonzac, c'est Bordeaux et région élargie. Après j'étais pas sûre de savoir c'était quoi être ergothérapeute alors j'ai fait des études de neuropsychologie, mais c'était pas ça non plus, donc là aussi j'étais perturbée par qu'est-ce qu'on fait en ergo. Donc j'ai décidé d'aller au Québec, originellement un peu pour voir si l'herbe était plus verte, parce que c'est un peu ce qu'on disait que c'était mieux, qu'ils faisaient plein de choses etc. Donc je suis partie en 2009, j'ai fait l'équivalence de diplôme là-bas puis je me suis mise à travailler en santé mentale à nouveau. Là-bas je suis tombée amoureuse des modèles conceptuels qui m'ont enfin dit « ah mais c'est ça être ergothérapeute », donc c'était bien. Depuis je travaille toujours au même endroit en santé mentale dans un hôpital qui fait un peu de tout. Puis j'ai été formée en PRPP en 2011 et j'ai également fait le master d'ergothérapie quelque part dans ces dates là 2011/2012/2013. Le PRPP a été une des révélations, l'équipe que j'ai intégré est une équipe full MOH (*Modèle de l'Occupation Humaine*), ils font du MOH à longueur de journée. Ils avaient été formés au AMPS et au PRPP, il ont les deux souvent. Moi je n'ai pas été formée au AMPS tout simplement parce que le PRPP me suffit, qu'il est plus flexible et qu'il m'apporte beaucoup plus de choses donc j'ai été formée au PRPP aux deux sessions évaluation et intervention. Puis dans les années 2013, je suis devenue formatrice à l'ANFE pour le MOH entre autre. Voilà sinon actuellement on est une équipe de traduction francophone du PRPP qui est en place laquelle évidemment je participe.

### **Avez-vous suivi d'autres formations après votre diplôme d'ergothérapeute ?**

Je suis formée aussi au sensoriel en évaluations sensorielles, aux outils du MOH mais on ne peut pas dire que c'est une formation, j'ai été formée en me diplômant.

### **Que pensez-vous de la place de l'ergothérapeute dans l'évaluation fonctionnelle des troubles cognitifs ?**

C'est pas une question facile puisque nous avons une place dans l'évaluation de l'impact des troubles cognitifs. On repère les répercussions fonctionnelles. C'est nous qui avons la grande part à mon avis.

### **Quelles évaluations utilisez-vous pour évaluer la performance occupationnelle ?**

Il y a plein de choses, on peut utiliser des outils d'entretien aussi hallucinant que ça puisse paraître mais ça reste la perception de la personne donc l'OCAIRS (*Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale*) fait parti des outils à utiliser à mon sens. Après bien évidemment tous les outils d'auto évaluation type OSA (*Occupational Self-Assessment*) ou des évaluations combinées type MOHOST (*Model of Human Occupation Screening Tool*) peuvent évaluer la performance. Après dans la réalisation concrète il y en a pleins d'autres, tels que le AMPS, le PRPP, le VQ (*Volitional Questionnaire*) aussi hallucinant que ça puisse paraître ça permet quand même d'aller explorer une part de la performance. Ça dépend ce qu'on entend par performance, si on entend la performance au plan des habiletés, les actions observables à mon avis on part beaucoup plus dans le AMPS et le PRPP et tout ce qui va être le test des errances multiples, toutes ces évaluations qui mettent la personne en action. Je pense qu'il faut combiner ces observations là par de l'entrevue et de l'auto évaluation pour avoir une vision globale de la personne. Ça m'arrive souvent dans ma pratique que je dise « oui il est capable, mais il ne veut pas », donc ce n'est pas la peine que je le renvoie chez lui car il va revenir puisque ça ne l'intéresse pas. Donc si on n'a pas regardé ce bout là pour dire que oui il a les capacités, les habiletés ou il a les compétences ou les aptitudes pour réaliser telle ou telle tâche mais si une fois rendu à la maison ça n'a pas de sens pour lui ça ne fonctionnera pas. Il faut que la personne trouve du sens dans ce qu'elle fait. Puisqu'il y a des personnes qui vont avoir tout à fait les capacités de faire les choses mais pour qui ça ne fait pas de sens de les faire tout seule chez eux. Certains peuvent me dire, quand vous m'évaluez dans la cuisine thérapeutique, oui bien-sûr j'y arrive mais quand je vais être rendu seul chez moi, avec mes angoisses et tout, ce n'est pas sur que j'y arrive. Ça ne fait pas de sens de faire à manger pour moi tout seul.

**L'environnement y fait pour beaucoup.**

Oui énormément. Donc je pense qu'il faut aller au delà de juste l'évaluation par observation.

### **Quelles évaluations utilisez-vous pour évaluer le retentissement fonctionnel des troubles cognitifs ?**

On va tomber dans les outils fonctionnels type PRPP, AMPS. Je ne fais aucun test papier/crayon, rien du tout de tout ça, c'est évacué de la pratique. Le seul moment où éventuellement je vais pouvoir toucher à ces choses là c'est dans les pré-requis à la conduite auto, dans un champ hyper particulier où les ergothérapeutes auraient le pouvoir de se prononcer sur des choses comme retirer le permis de conduire. On peut aller faire un certain bout d'évaluation des pré-requis. Mais par exemple moi je ne les fais jamais puisque j'ai des neuropsychologues qui vont les faire donc je vais leur laisser. Dans ce cas là ce sont des tests papier/crayon type barrage de cloches, Trail making et toutes ces choses là. C'est juste ce qu'on appelle des pré-requis c'est-à-dire que ce n'est pas ça qui peut dire « tu peux conduire », il faut une évaluation fonctionnelle sur route après.

Si on dérape un peu sur la conduite auto, en tant qu'ergothérapeute si j'ai des doutes sur la capacité d'un client à conduire parce que justement en cuisine j'ai vu tellement de choses qui peuvent m'amener à avoir des doutes lorsqu'on a fait la sortie à l'extérieur pour les courses. Dans le formulaire qu'on remplit pour la société des permis, je ne sais pas quel est l'équivalent en France mais bref, il y a une partie qui est fonctionnelle et qui est remplie par l'ergothérapeute. Puis il y a une partie qui est médicale/neuropsychologique pour les tests de pré-requis éventuellement. La partie fonctionnelle est à nous à 100%, c'est bien écrit « enjeux fonctionnels relevés par l'ergothérapeute ».

### **Que pensez-vous des évaluations écologiques en ergothérapie ?**

Qui mettent le plus possible la personne dans ses habitudes de vie habituelles ?

**Oui c'est ça, essayer de reproduire son environnement et ses habitudes de vie.**

Moi j'ai l'impression que c'est quasiment 100% impossible, car même si tu évalues les gens chez eux, c'est jamais 100% écologique puisque t'es là. Mais à mon avis c'est celles qui devraient être le plus réalisées sachant que je pense les ergothérapeutes nous devrions être capables de se projeter. Par exemple moi ce que je vois dans ma cuisine thérapeutique, je sais que ce n'est pas ce que je vois à la maison et donc on devrait être capable de nuancer ce qui est vu dans ce contexte là, dans un contexte inconnu ou partiellement connu. Donc si on a déjà des enjeux dans un contexte non connu mais que la tâche était connue et bien on peut supposer que. Mais on devrait faire attention à dire que ce qu'on a vu dans la cuisine, ça ne vaut pas pour partout je pense qu'il faut que les ergothérapeutes apprennent à nuancer leurs

propos avec des « on peut donc supposer que », « cela semble suggérer que », mais ce que tu vois dans une situation que tu crées artificiellement c'est jamais ce que tu verras à la maison. Et même ce que tu vois à la maison, ce n'est jamais ce qu'il fera quand t'es pas là. Mais je pense de toute façon que c'est important de faire des évaluations écologiques. Il faut qu'on soit capable de les faire comme si on n'était pas là mais tout en étant conscient qu'on est là. Il faut donc nuancer nos résultats je pense. Le seul problème c'est que ça prend beaucoup de temps. Ce que le AMPS avait essayé de retirer en faisant des tâches très standardisées pour que ça dure moins longtemps. Souvent moi je vois des choses que les autres ne voient pas car je vais les garder longtemps justement, je les garde plusieurs heures donc il vont se fatiguer et c'est là que ça dérape. Ça dérape souvent au bout d'une heure et demi, deux heures bien passées donc ça demande du temps, et ça demande du temps aussi pour le rédiger.

**Utilisez-vous des évaluations écologiques pour les troubles cognitifs qui permettent d'objectiver des troubles non ressortis dans les bilans papier/crayon ?**

Ah oui, le PRPP en fait parti. C'est un de ceux qui le permet. Si je fais un PRPP, il y a souvent la neuropsychologue qui est passée avant ou après. On se parle toujours et on décide qui va voir le patient en premier et c'est souvent que c'est moi qui vais commencer et qui vais aiguiller la neuropsychologue en lui que disant j'ai vu ça, ça, ça et ça peux-tu valider, donc elle elle sait déjà vers quoi elle va pousser. Donc si moi j'ai vu plus des enjeux sur la perception de l'environnement, je vais l'orienter vers l'attention. Si j'ai vu des enjeux d'organisation, je vais l'orienter vers les fonctions exécutives. Si j'ai vu des enjeux de rappels, etc... Des fois ça arrive que l'on ait des résultats qui ne sont pas concordants. Ça arrive que pour moi c'est l'apocalypse et que sur les tests papier/crayon ça va bien.

**Oui donc parfois vous arrivez à objectiver des troubles qui ne sont pas objectiver en neuropsychologie.**

Oui c'est ça. Puis quand il y a des troubles objectivés en neuropsychologie, parfois on peut dire que oui il y a des troubles mais ça va bien quand même dans ce qui est habituel, dans ce qui est rendu une procédure. C'est l'enjeu aussi de toutes ces tâches routinières que l'on fait depuis des années. Ça se peut que ce soit des routines et que même si tu as des troubles cognitifs tu vas t'en sortir. Mais oui ça arrive que juste avec une évaluation PRPP, je puisse retirer des permis de conduire et de dire « OK là ça ne fonctionne tellement pas que c'est sure que ça ne marchera pas sur la route ».

**Si je peux me permettre, pour retirer un permis de conduire quelle(s) activité(s) va (vont) être choisie(s) par exemple ?**

En faite, moi souvent mon activité de prédilection c'est que j'enchaîne faire l'épicerie et faire à manger. Le classique c'est que je dis aux gens que l'on va faire un déjeuner et qu'on va déjeuner ensemble. Qu'ils vont faire un déjeuner soit pour eux tout seul si c'est des célibataires endurcis, si ils vivent en famille ils vont le faire pour moi aussi. Donc l'idée c'est qu'ils ont un budget à respecter, après dans la cuisine on a déjà des aliments de base. Ils doivent me préparer le menu, j'exige que le menu ait 2 éléments genre entrée/plat ou plat/dessert mais je n'oblige pas que les deux soit cuisinés. Sachant que j'oblique qu'il y ait quelque chose qui se cuise, mais pas une pizza surgelée par exemple. Je veux qu'il y ait un élément qui se cuisine soit dans le four, soit sur la cuisinière. À partir de là c'est eux qui choisissent quand même parce que dans le PRPP c'est le client qui choisit la tâche, moi je mets juste des contraintes. À partir de ça, ils doivent me faire la liste d'épicerie en fonction de ce qu'il y a déjà dans la cuisine thérapeutique, puis ils estiment le coût donc là tu regardes déjà leurs capacités puis le jour-J, on part sur les coups de 10h le matin. On va à l'épicerie à pieds exprès, par tout temps, la neige tout ça sauf si vraiment j'ai des enjeux moteurs mais c'est rare. À pieds ils fatiguent en fait et je leur dis dès qu'on sort de l'hôpital « vous regardez le chemin je vous montre à l'allée et c'est vous qui me ramenez au retour ». J'ajoute en fait des contraintes tout le temps. Puis on arrive à l'épicerie, donc je suis là mais sans vraiment l'être, je suis derrière eux, je les laisse se débrouiller. Je regarde comment ils gèrent, comment ils s'organisent. Après on revient, et là je vois si ils ont retenu le chemin. Je les aide si on finit par se perdre. Après arrivés dans la cuisine, on commence les préparations vers 10h45 pour tenter d manger vers 12h/12H15. Ils préparent, on mange ensemble, puis ils doivent faire la vaisselle et ranger, j'aide pour la vaisselle et le rangement mais pour le reste je ne fais rien. Je les regarde et je pose des questions pour voir ce qui se passe dans leur tête quand même, du genre « là dites-moi où vous en êtes rendus », ou avant qu'ils comment je leur dis « dites moi comment vous allez faire », « dis moi quel est votre plan ». Je pose des questions quand je ne comprends pas ce qu'ils font. Après ils peuvent toujours me poser des questions sur où sont les objets, mais ma première réponse ça va être « cherchez ». L'idée est de les laisser faire le plus possible. Après souvent ils vont me parler comme je suis là, si ils me font la conversation de la pluie et du beau temps, je vais leur répondre, je parle, je ne fias pas la plante verte non plus. Après on mange ce qu'ils ont préparé. Parfois ça m'arrive quand je vois que c'est vraiment trop la catastrophe, d'arrêter le bilan et de les aider. Ils le savent qu'ils sont évalués, donc si je vois que ça dérape trop, je les arrête. Même si des fois je les laisse déraiper pour qu'ils prennent conscience. Mais si je vois que des gens sont vraiment trop mal, je propose



d'arrêter et de remonter sur les unités de soins ou de dire « on finit ensemble » ou « on refera ultérieurement ». Mais c'est parce que j'ai la flexibilité de pouvoir les revoir et de me dire que ce n'était pas le bon moment pour les évaluer.

Donc en résumé, si je vois l'apocalypse dans je ne suis pas capable de retenir le chemin pour rentrer, je ne traverse pas la route de façon sécuritaire. Si je vois qu'au niveau percevoir c'est n'importe quoi, là je vous généralement lever le permis de conduire assez rapidement. Je ne vais pas avoir besoin de me poser beaucoup de questions, des fois c'est plus subtil et là on demande une évaluation sur route de confirmation. Justement dans le livre sur les modèles de Marie Chantal Morel dans le PRPP, c'est moi qui ait fait l'étude de cas et je retire le permis de conduire à un jeune. Donc le PRPP permet vraiment d'observer beaucoup de choses.

**Quels sont les avantages que vous rencontrez lors de la passation d'évaluation écologique ?**

Justement tout ces avantages là, d'être capable de voir des choses et d'être capable de projeter que si je vois ça moi, ça doit vouloir dire que dans la vie de tous les jours ça doit se passer comme ci ou comme ça. Ces toutes ces petites choses que l'on voit dans des bilans écologiques qui se passent moins dans un bilan standardisé, exemple nous on travaille beaucoup avec le bilan EMAF que je n'ai d'ailleurs pas évoqué tout à l'heure pour la question des bilans écologiques et qui signifie Evaluation Montréalaise des Activités Financières, c'est vraiment les habiletés concrètes à la gestion de l'argent, on fait des mises en situation, il faut qu'ils corrigent leurs erreurs, c'est une batterie qui est faite juste pour ça. C'est quand même une situation un peu papier/crayon qui se passe avec une mallette, même si l'argent est vrai, que les factures sont vraies, ça reste artificiel et donc tu ne vois pas des petites choses subtiles. Donc si je peux, je vais coupler cette évaluation à faire des achats en vrai dans un vrai magasin ou faire des transitions sur internet il n'y a rien de plus vrai quand tu vois des gens faire des choses. Par exemple dans la situation cuisine, à l'épicerie je leur demande de payer en liquide ce que les gens font peu en faite maintenant, des fois c'est impressionnant comment la vérification de la monnaie n'est pas faite, ils vont donner tout et n'importe quoi. Donc finalement les avantages c'est toutes ces petites choses annexes que d'autres ne voient pas forcément puis aussi le côté relationnel pas forcément envisagé, quand tu les amènes à l'épicerie et qu'ils font des remarques sur les gens, tu ne l'avais pas forcément anticipé parce que sur l'unité ça se passe bien. Il faut sortir les personnes pour voir les vrais avantages de l'évaluation écologiques, il faut être dans le vrai monde, ça peut être juste faire le tour d'un quartier.

**À l'inverse, quels sont les limites que vous rencontrez lors de la passation d'évaluation écologique ?**

Le temps, c'est la principale limite puisque ça pourrait être sans fin, je pourrai passer mes journées à faire ça. Le petit enjeu un peu pénible aussi c'est le « oui, mais c'est pas comme chez moi », « oui mais c'est pas mon supermarché », ça c'est toujours un peu embêtant parce qu'effectivement ça peut ne pas être leurs habitudes.

**Quelles différences voyez-vous entre bilan papier/crayon et évaluation écologique ?**

C'est les subtilités que l'on va voir dans toute la gestion du problème. Dans le test papier/crayon il n'y a jamais de problèmes, les tâches s'enchainent, ou les problèmes sont sur le papier entre guillemet mais il n'y a rien qui survient pendant le test, il n'y a pas de contrainte, les problèmes sont créés. À l'inverse, lors d'évaluation écologique, les problèmes vont se générer tout seuls. Comment on va les gérer, la gestion de je dépasse le budget prévu, comment gérer ?

Dans le papier/crayon c'est artificiel, alors que en écologique c'est vrai, le regard de l'autre le regard de la caissière face au fait que je n'ai pas assez d'agent, comment gérer ça ? C'est plus avec les enjeux relationnels, psychologiques qu'il y a moins dans les tests papier/crayon.

**Il me semble que vous m'avez dit travailler en équipe interprofessionnelle au sein de votre structure ?**

Oui tout à fait.

**Est-ce que vous évaluez le côté fonctionnel des troubles cognitifs en complémentarité avec une autre profession ?**

Oui avec le neuropsychologue.

**Comment les résultats sont-ils partagés avec l'équipe interprofessionnelle ?**

Généralement c'est dans les réunions, puis avec la neuropsychologue, on se parle souvent, on va s'appeler pour valider nos observations et si on a tous vu la même chose ou pas. Ensuite c'est rapporté en équipe et au patient. Parfois ça arrive qu'on voit le patient ensemble avec la neuropsychologue parce que des fois ça fait trop les deux séparés, surtout quand on a vu la même chose et que ça va dans le même sens. C'est fait de façon informel et formel avec les rapports d'évaluations. Les patients sont informés, puis moi je leur fais toujours un rappel à chaud pendant qu'on mange, comment ils ont trouvé l'évaluation, qu'est-ce qui s'est passé, si des choses ont été plus faciles ou au contraire plus difficile. Puis je commence déjà à semer la graine du doute quand ils sont super contents et que je trouve que ça ne s'est pas très bien passé. Je comme à amener certains éléments, mais c'est rare quand ça se passe très très mal

que les gens soient très contents mais ça peut arriver. Mais souvent ils ont vu que ça n'allait pas. Mais il y a toujours un moment où on va en discuter avec le patient et sa famille éventuellement, ça dépend du contexte. Les rapports d'évaluation peuvent aussi partir vers des juges quand on est dans des enjeux de garde, de demande d'hébergement, d'obligation de traitement. Nous on va rarement à la Cour, personnellement ça m'est arrivé une fois. Mais généralement c'est les médecins qui y vont. Ça peut aller loin le partage des résultats. Il y a des gens à qui on va retirer la garde d'enfant parce que on considère qu'ils ne sont pas capables de s'occuper d'eux-même. On ne se prononce pas sur la garde d'enfant en elle-même parce que ça ce n'est pas notre travail, mais on va se positionner sur les capacités de la personne à s'auto gérer. Ça peut avoir des conséquences, le retrait de permis en fait parti. Le rapport d'évaluation ne s'arrête donc pas à la porte de l'hôpital, il va beaucoup plus loin.

### **Que pensez-vous du PRPP ?**

C'est un de mes outils préférés dans la vie, après celui du MOH quand même. Non, à vrai dire ils vont très bien ensemble en fait, ils sont complémentaires.

### **Selon vous, quelles sont les particularités de ce bilan ?**

Justement c'est parce que tu peux faire ce que tu veux, le client décide de sa situation, tu peux la découper en tâche comme tu veux, tu peux la découper avec le client en très grosse tâche ou en petite tâche. Tu peux vraiment regarder en très micro, exemple tu peux regarder le brossage de dents avec vraiment de toutes petites sous étapes. Avec le client, c'est toi qui décide comment tu souhaites découper la performance. Quand je demande à la personne « c'est quoi votre plan », c'est que je veux savoir ses propres étapes, moi j'ai les miennes que j'attends mais vous quelles sont les vôtres finalement. Si les vôtres sont différentes des miennes, parfait, du moment que l'on arrive au bout. Même à posteriori, ça permet de se dire tiens il y a eu un problème à cette sous étape et ça permet d'aller zoomer sur cette sous-étape en question qui a posé problème par exemple, donc tu peux vraiment creuser contrairement au AMPS qui a une certaine rigidité dans ce que t'observes où la tâche elle doit être faite de telle façon et la personne ne peut pas la faire comme elle fait en fonction de ses habitudes de vie. L'enjeu c'est qu'au final ça ne donne pas de score comme le AMPS, dans le PRPP il n'y en a pas par rapport à une standardisation. Mais justement en faite ce n'est pas un enjeu, car dans le PRPP le jugement du thérapeute vient s'ajouter alors que le AMPS enlève complètement ton propre jugement de thérapeute, parce que les gens peuvent rater des choses sous le coup des émotions par exemple que le AMPS te permet pas de faire ça, cela va pénaliser la personne alors qu'avec le PRPP te permet de faire ça, en tant que thérapeute on peut nuancer.

### **Que pensez-vous du PRPP pour évaluer les impacts des troubles cognitifs ?**

Il est suffisamment fin pour savoir où est le problème, dans quelle sphère. Contrairement au AMPS qui a une grosse composante motrice, là dans le PRPP tu ne l'as pas cette composante. Tu peux complètement l'escamoter donc ça c'est intéressant. Puis le PRPP va plus loin car le AMPS reste sur les habiletés opératoires, donc c'est quand même beaucoup les processus de planification, organisation. Dans le PRPP, il y a les enjeux de rappels, de perception de l'environnement qui sont un petit peu moins présents dans le AMPS.

### **Quelles caractéristiques de ce bilan permettent d'évaluer l'impact des troubles cognitifs ?**

Les aspects plus qualitatifs je trouve. Le découpage par les quadrants, plus que le score en réalité, personnellement je l'utilise peu. Je fais le score global sur les erreurs mais je ne fais pas le scoring par sous quadrants, je ne vois pas l'intérêt à part si tu dois réévaluer les gens mais moi je ne les réévalue pas à part car ce sont des hospitalisations de courtes durées, j'ai une moyenne de séjour à 21 jours. Je les réévalue seulement si c'était vraiment la catastrophe. Personnellement je vais vraiment plus dans le détail qualitatif, mon rapport est très qualitatif sur chaque sous section, qu'est-ce qui s'est passé, qu'est-ce que j'ai vu, qu'est-ce qui est important, quelles sont les difficultés qui ressortent genre des difficultés à maintenir le focus attentionnel, des difficultés à percevoir des stimuli dans l'environnement, je vais parler beaucoup comme ça. Et l'avantage du PRPP c'est qu'il t'amène à parler en terme d'actions observables, t'es pas en train de parler de troubles de fonctions exécutives, de troubles attentionnels. On parle de difficulté à percevoir des informations dans un environnement, c'est pas pareil, je vais parler de ce que je vois en faite, des actions observables, bref des impacts.

### **Vous ne réévaluez ultérieurement pas car ce sont des hospitalisations de courtes durées ?**

Parce que normalement c'est de la courte durée, on est vraiment de la 3ème ligne sur spécialisé, donc c'est à dire que normalement les patients viennent, ils sont évalués et ils repartent dans la communauté. L'objectif c'est de les renvoyer dans des structures plus de 1ère ligne, les équivalents en France seraient des CMP. L'hôpital on est pas censés les garder trop longtemps, il n'y a plus de longues hospitalisations sur plusieurs années. J'ai une moyenne de séjour à 21 jours donc moi je les évalue et ils repartent dans la communauté. Éventuellement, ils vont tomber sur un autre ergothérapeute, ça peut arriver dans les structures communautaires on travaille beaucoup avec des équipes qui serait l'équivalent des SAMSAH ou des équipes mobiles où il va y avoir des ergo. Ils peuvent réévaluer en se

servant de ce que j'ai fais. Ils n'ont pas besoin d'avoir mon scoring forcément, parce que le PRPP est assez reproductible, il est assez fidèle en inter-juges, mais quand même l'environnement va avoir changé, la tâche va avoir change, la personne aussi. Ça m'arrive de réévaluer des gens plusieurs années après. En ce moment, j'évalue un monsieur et puis c'est ma collègue qui l'a vu il y a 10 ans. Je suis retombée sur ces notes et son PRPP est déjà rédigé dans son rapport. Je vais faire les comparatifs par rapport à il y a 10 ans. Je sème des graines car je ne les vois pas longtemps. Dès qu'ils sont stabilisés, on les évalue assez vite.

### **Dans votre pratique, comment avez-vous inclut le PRPP ?**

Il est là en permanence puisque même quand je vais voir les gens déjà ne serait-ce que dans les chambres, je pense à deux choses : le MOH et le PRPP. J'ai les deux qui s'allument toujours dans ma tête. Par exemple, quand je donne un rendez-vous et que la personne n'est pas capable de s'en rappeler, ou que justement je leur dis « voudriez-vous prendre en note le rendez-vous » et que juste pour s'organiser et prendre un papier et un crayon on n'est pas rendu, j'ai de suite le PRPP qui s'allume dans ma tête. Sinon il est là dès que je vois les gens dans une tâche complexe. Ça dépend pour quoi je les vois en faite, quand je les vois dans le cadre d'une évaluation fonctionnelle et du retour à la maison, de la sécurité à la maison, c'est sur que le PRPP prend le dessus. quand le mandat est différent, et qu'on est plus dans des enjeux de maladie type dépression, trouble de la personnalité, là c'est le MOH avec la volition. Mais quand le mandat il est clairement une évaluation pour un juge parce qu'on veut une ordonnance pour traitement d'hébergement parce que ça fait des années que l'appartement est insalubre, qu'il ne prend pas ses médicaments, on est dans le PRPP.

### **Selon vous, est-ce que le PRPP serait adapter pour les troubles considérés comme légers comme par exemple dans le cadre de troubles cognitifs induits par la chimiothérapie qui ne sont pas forcément objectivés via des évaluations papier/crayon ?**

Oui si tu fais une évaluation assez longue. Si tu les vois dans une tâche courte, tu ne verras pas grand chose, il faut laisser embarquer la fatigue, puisque c'est quand la fatigue va arriver que les troubles cognitifs vont arriver. C'est la même chose dans la santé mentale, ils contiennent et à un moment donné ils ne contiennent plus. Il faut que ça dure assez longtemps et que l'activité soit suffisamment complexe si c'est des troubles cognitifs légers. Quand ils sont majeurs, tu vas les voir rapidement. Mais quand c'est légers il faut que la fatigue physique et cognitive entrent en jeu.

### **Qu'entendez-vous par une tâche assez longue, au niveau temporalité ?**

Pour moi c'est une 1h30/2h c'est mon minimum. En dessous, pour moi ce n'est pas assez long. Quand je prévois une évaluation fonctionnelle épicerie/cuisine, c'est un minimum de 3/4h qui est prévu dans mon horaire juste pour ça. Je commence à 10h, je n'ai pas fini avant 14h le temps de rédiger le compte rendu, d'appeler le médecin, le neuropsychologue. Et avec le patient j'ai bien passé 2h, 2h30, 3h avec lui. Des fois c'est impressionnant comme tout va bien, et au bout d'1h30 la personne commence à fatiguer et là tu remarques beaucoup de choses dans tes observations. Il faut que ce soit suffisamment long et complexe donc moi ce que j'ai trouvé de plus complexe c'est d'aller à l'épicerie puis de cuisiner en suivant et ensuite de ranger en fonction des habitudes de vie de la personne et des étapes qu'elle m'aura donné. Ça fait quand même beaucoup de tâches à enchaîner. Après toi tu réalises ton mémoire auprès d'une population différente, donc les activités à réaliser peuvent aussi être différentes. Mais après moi je leur explique pourquoi je veux qu'on enchaîne les tâches, que je souhaite évaluer aussi leur endurance cognitive par rapport à cette activité là puisque dans la vraie vie on enchaîne les tâches, c'est rare qu'on s'arrête et qu'on fasse une pause, ça c'est l'artificiel de l'hôpital qui amène ça. Dans la vraie vie t'enchaînes les tâches donc on les enchaîne. Souvent si ils sont hospitalisés depuis longtemps, ça peut être plus compliqué parce qu'ils ont pris cette habitude de faire moins à l'hôpital, donc il y a aussi cet enjeu là. Mais avec le PRPP tu peux vraiment faire ce que tu veux en terme d'activité, de temporalité donc c'est ça qui est vraiment bien.

### **D'après vous qu'est-ce qui serait important de faire pour développer le PRPP en France ?**

Il va falloir le traduire en français. Il faudrait que la formation soit offerte en français aussi parce que pour l'instant elle est offerte qu'en anglais ou en suédois. On n'a pas mieux pour l'instant. Puis il faudrait aussi que les ergothérapeutes n'utilisent pas les grilles sans formation, puisqu'il y a des formations de 5 jours pour évaluation et intervention, ce n'est pas anodin. C'est donc aussi un enjeu cette utilisation non conforme du bilan. On espère que la formation sera accessible en 2023, au départ c'était 2022 mais avec la Covid je n'y crois plus. C'est plus compliqué que ça en a l'air, il y a beaucoup d'enjeux de copyright. Mais la formation va arriver, ça va venir !

### **Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?**

Qu'on n'évalue pas les troubles mais le retentissement. Le PRPP le dit très bien, on ne fait pas un diagnostic d'un trouble, ça ne dit pas la fonction atteinte mais l'impact dans la vie quotidienne que les troubles cognitifs ont. Je vais me renseigner si je connais des ergo formés

au PRPP en oncologie si tu veux. En tout cas ça fait plaisir d'avoir discuté du PRPP avec toi, merci beaucoup et quand ton mémoire sera rédigé ça me fera plaisir de le lire.

### ***Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute 3 (E3) :***

#### **Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel s'il vous plait ?**

Je suis ergothérapeute depuis 7 ans, avant j'ai travaillé pendant 15 ans dans l'industrie pharmaceutique, à l'époque dans le management donc rien à voir. Depuis 7 ans je travaille à l'hôpital sainte Péline qui est un hôpital gériatrique mais je travaille plus spécifiquement avec des personnes qui ont des pathologies neuro-cognitives et avec des troubles du comportement sévères associés. Actuellement je travaille à la fois à l'UCC, l'Unité Cognitive Comportementale mais aussi en SSR (*Service de Soins de Suite et de Réadaptation*) gérontopsy c'est-à-dire que ce sont des personnes qui n'ont pas forcément une maladie neuro-dégénérative mais plutôt une maladie psychiatrique vieillissante et qui ont un problème de santé qui font qu'ils ont besoin d'être en SSR. Mais un service psychiatrique serait un petit peu compliqué pour eux. Sachant aussi que depuis un an et demi j'ai ouvert une consultation en libéral, une fois par semaine, le mercredi. C'est une consultation dédiée essentiellement aux aidants familiaux qui accompagnent des personnes ayant des troubles cognitifs. J'ai été formée au PRPP en 2019 donc il n'y a pas si longtemps que ça pour faire partie d'un projet de traduction car le PRPP n'est actuellement pas disponible en français et pas tellement auprès des ergothérapeutes français. Donc voilà comme je suis bilingue, je traduis le PRPP avec le groupe canadien, on est donc une équipe franco-canadienne.

#### **Vous m'avez parlé de la formation que vous avez suivie sur le PRPP, est-ce que vous avez suivie d'autres formations après avoir été diplômée de l'école d'ergothérapie ?**

En terme d'évaluation, oui CO-OP (*Cognitive Orientation to daily Occupational Performance*) assez récemment d'ailleurs c'est sûrement comme ça que vous avez eu mon nom à travers votre ancienne formatrice. D'autres formations, oui, plus pour l'évaluation de la douleur chez les personnes qui ont des troubles cognitifs ou pour des personnes en fin de vie. En terme d'évaluations je pense que c'est tout. Je vais être formée bientôt à la MCRO (*Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel*), que je connais un peu déjà mais je n'ai jamais été formée encore.

## **Que pensez-vous de la place de l'ergothérapeute dans l'évaluation fonctionnelle des troubles cognitifs ?**

Écoutez pour moi, c'est vraiment important cette place parce que outre les tests papiers/crayon qui sont faits par différents professionnels, nous aussi on en utilise parfois, mais je trouve que le plus important c'est de voir quel est l'impact dans la vie quotidienne et quel est le vrai handicap que ça génère. Je trouve ne serait-ce que ce rôle de mises en situation que l'on utilise beaucoup en ergothérapie est très précieux pour évaluer l'impact de ces troubles cognitifs sur le fonctionnement de la personne en général.

## **Quelles évaluations utilisez-vous pour évaluer la performance occupationnelle ?**

J'utilise essentiellement avec les personnes qui ont des gros troubles cognitifs, j'utilise beaucoup l'observation dans la vie du service et aussi à travers les activités de groupe que je propose en co-thérapie. La personne est mise en activité et on a pas mal d'informations sur la performance. Après si je veux aller plus loin et si la personne n'a pas trop de troubles cognitifs, c'est important quand même je trouve que c'est plus difficile de l'utiliser sinon, je vais utiliser le PRPP. Ça va être essentiellement ça : les mises en situation de vie quotidienne en fonction de ce qui a du sens pour la personne, l'observation dans les groupes thérapeutiques où on est plusieurs à observer et donc on peut croiser les regards sur les différentes performances des participants, et le PRPP.

## **Vous parlez de co-thérapies donc j'imagine qu'il y a plusieurs professionnels ?**

Oui alors je fais des groupes soit avec une psychomotricienne, soit avec une psychologue. Ça m'arrive d'en faire avec des médecins, des infirmiers, des aides-soignants. Avec des objectifs qui sont parfois assez différents, par exemple avec la psychologue on va plutôt faire des groupes de paroles, des groupes de verbalisation des émotions. Avec la psychomotricienne on fait beaucoup de groupes de réminiscence. Avec les aides-soignants, on fait plutôt des groupes créatifs. Ça dépend des professionnels.

## **Quelles évaluations utilisez-vous pour l'évaluation fonctionnelle des troubles cognitives ?**

### **Et plus particulièrement pour les fonctions exécutives ?**

Alors essentiellement de l'observation dans la vie du service, dans les activités par des mises en situation, c'est mon principal outil d'évaluation. Après ça m'arrive aussi de faire l'ERFC (*l'Évaluation Rapide des Fonctions Cognitives*) bon il faut que la personne puisse verbaliser un minimum et qu'elles aient des possibilités de compréhension suffisantes et parfois les personnes sont trop altérées pour ça. Après bien sûr le PRPP aussi que j'utilise.

## **Que pensez-vous des évaluations écologiques en ergothérapie ?**



Pour moi, c'est le coeur de notre métier les évaluations écologiques. Plus la personne est dans son environnement avec une situation de vie réelle, plus on aura des informations sur sa réelle performance cognitive. Sachant que souvent quand on a des personnes qui ont des troubles cognitifs, toutes les situations nouvelles génèrent des complications pour elles, donc c'est vrai que quand elles sont dans leur environnement, elles ont une performance bien meilleure que quand elles sont à l'hôpital. Si je peux faire une évaluation à domicile, c'est vraiment le must. J'en fais avec l'hôpital et aussi dans le cadre du libéral, les mises en situation à domicile sont précieuses. Après c'est vrai qu'on a pas toujours le temps de le faire pour tous les patients, mais au sein de l'hôpital on a une cuisine thérapeutique. Puis les personnes, une fois qu'elles s'habituent au service, elles ont quand même des repères, elles peuvent retrouver une vie dans le service qui nous permettent d'avoir une idée sur leur performance notamment quand elles font leur toilette, ou lors des repas ou quand elles sont en activité ça nous donne quand même une idée. Mais rien ne vaut une évaluation à domicile avec des activités que les personnes ont l'habitude de faire. Après ça dépend de l'objectif qu'on a, si le projet est un retour à domicile alors c'est super pertinent. Maintenant si le projet c'est une institution, finalement il vaut mieux se baser sur la performance de la personne à l'hôpital parce que malheureusement elle ne réintègrera pas son environnement.

### **Utilisez-vous des évaluations écologiques pour les troubles cognitifs non ressortis en papier/crayon ?**

Oui alors je ne vous ai pas parlé de cette évaluation là aussi, j'aime bien le test des errances multiples. Je l'utilise moins car j'ai des patients qui ont trop de troubles cognitifs mais il est intéressant pour compléter des tests papier/crayon. Et puis bien sur le PRPP. Ils objectivent complètement des troubles non ressortis aux tests papier/crayon. Et puis aussi parfois en évaluation écologique, les performances peuvent être meilleures que dans les tests papiers/crayon. En fait nous avons les deux cas de figure, parfois papier/crayon bizarrement ça ne se passe pas si mal, et puis quand on les met en situation de vie réelle c'est la catastrophe. Et puis, il y a le contraire, c'est-à-dire des personnes qui échouent complètement aux tests papier/crayon et quand elles sont dans la situation de vie réelle avec des mises en situation écologiques, ça se passe beaucoup mieux.

### **Ça fluctue en fonction des patients j'imagine ?**

Oui ça dépend vraiment des patients, ça dépend également de leur niveau d'éducation, de si ils ont eu l'habitude de passer beaucoup de tests papier/crayon parce que parfois il y a de l'entraînement, le cerveau est parfois entraîné à ça et donc les personnes sont entraînées à ces

tests papier/crayon. Il y a différentes raisons que ça va dans un sens ou dans l'autre c'est assez individuel.

**Quels sont les avantages que vous rencontrez lors de la passation d'évaluations écologiques ?**

Les avantages c'est que in fine, le premier avantage c'est que nous souhaitons que la personne récupère enfin en tout cas qu'elle puisse fonctionner dans son quotidien le mieux possible, quelque soit ses difficultés cognitives et ses handicaps. Donc plus on va être proche de la vie réelle, plus l'évaluation sera juste et plus on pourra travailler des choses qui derrière permettront à la personne d'avoir une bonne qualité de vie. Encore une fois ça dépend du projet de vie, mais plus on va pouvoir se rapprocher de ce qui va se passer ensuite pour la personne ou de ce qui sont ces habitudes de vie aujourd'hui, plus on va pouvoir se rapprocher de ça que ce soit d'un point de vue environnemental, habitudes de vie. Il y a beaucoup de choses qui ne peuvent pas se faire autrement que par des évaluations écologiques ou des mises en situation écologiques.

**Et au contraire, quels sont les limites que vous rencontrez lors de la passation d'évaluations écologiques ?**

C'est que comme on disait tout à l'heure, parfois on a pas toujours le temps d'aller à domicile. Mais on peut quand même essayer au sein de l'hôpital de faire le plus écologique possible. Après ce sont des évaluations qui prennent du temps, qui peuvent derrière aussi il faut qu'on puisse traduire, et c'est en ça que le PRPP est utile, avec des mots que toute l'équipe pluridisciplinaire comprenne. On ne fait pas faire un gâteau au chocolat à une personne parce que c'est sympa, ça sent bon après quoi. Donc il y a quelque chose d'expliquer en quoi on arrive à évaluer les fonctions exécutives à travers une mise en situation cuisine par exemple. Il faut arriver à avoir les bons mots, le PRPP c'est un de ses avantages, le vocabulaire utilisé est accessible à tous.

**Quelles différences voyez-vous entre bilans papier/crayon et évaluations écologiques ?**

Les différences c'est que dans le test papier/crayon on ne peut pas remplacer l'environnement par un test papier/crayon. La personne peut éventuellement se projeter un petit peu, certains tests papier/crayon sont mieux faits que d'autres mais sincèrement on n'aura jamais la complexité de la situation écologique qui va vraiment nous aider. Il y a la richesse de l'environnement qui aide la personne. Le test papier/crayon il y a aussi un côté un peu anxigène pour la personne, ils ont l'impression de retourner à l'école c'est parfois difficile. Je vois ici les psychologues mettent beaucoup de rondeur pour essayer de rendre les personnes à

l'aise mais néanmoins les personnes se sentent évaluées. Alors que quand on est dans une évaluation écologique, finalement la personne arrive presque à oublier qu'on l'évalue. Elle peut même prendre plaisir à cette évaluation puisqu'on peut essayer de choisir quelque chose qui a du sens pour la personne. Et puis non seulement la performance sera plus au rendez-vous certainement enfin souvent c'est le cas ou au contraire peut être plus en difficulté parce que dans l'environnement il y a des contraintes et des surprises qui surviennent aléatoirement. Mais en gros, on aura pas cet effet examen autant qu'avec un test papier/crayon. En plus les tests papier/crayon en fonction du niveau socio-éducatif de la personne, soit la personne à un très haut niveau de part les expériences de vie et sera performante au test papier/crayon, en faite elle aura plus de facilité alors qu'elle a beaucoup de problèmes cognitifs mais néanmoins elle va quand même s'en sortir, les troubles cognitifs seront moins ou pas objectivés. À contrario, une personne aura peut être pas de très bons résultats aux tests papier/crayon mais ça peut s'expliquer parce que finalement elle n'a jamais été à l'école ou très peu. Voilà donc ça il faut vraiment le prendre en compte. Alors que dans la situation écologique ce qui est génial c'est qu'on peut vraiment adapter en fonction de la personne et pouvoir avoir des résultats beaucoup plus fiables finalement. C'est vraiment fou, après quand la maladie progresse beaucoup il va forcément au bout d'un moment y avoir un impact sur les tests papier/crayon.

**Tout à l'heure vous m'avez indiqué travailler en équipe interprofessionnelle avec les psychologues, médecins, aides-soignants, infirmiers, ... ?**

Oui tout à fait.

**Est-ce que vous évaluer les troubles cognitifs en complémentarité avec une autre profession ?**

Oui bien sûr avec la psychologue, avec les médecins, avec la psychomotricienne. En faite nous on fait ça toute la journée. On va discuter des troubles cognitifs de la personne mais aussi de l'impact qu'ils peuvent avoir sur son comportement parce que c'est le comportement qui pose problème. C'est souvent comme ça qu'ils arrivent chez nous, c'est qu'ils ont des troubles du comportement sévères qui sont générés par ces troubles cognitifs, par les histoires de vie, par pleins de choses. On passe donc notre journée à essayer d'identifier quels sont les troubles cognitifs, quels sont les déclencheurs qui font qu'il y a des troubles du comportement. On fait ça avec tout le personnel qui travaille dans l'unité.

**Vous n'avez pas de neuropsychologue ?**

Si la psychologue est neuropsychologue. Elle s'est spécialisée et travaille à la consultation donc elle fait des évaluations cognitives poussées.

### **Comment ces résultats sont-ils partagés en équipe interprofessionnelle ?**

Alors par exemple la neuropsychologue, elle ne fait pas d'évaluations aussi poussées que ce qu'elle fait en consultation. Parce que quand les patients arrivent en UCC, ils sont parfois confus et en crise, ce n'est pas le bon moment pour évaluer. Ça c'est super important, parce que du coup la performance chez un patient confus par exemple, oui la performance peut être très mauvaise alors qu'en vrai quand la problématique somatique sera réglée la performance ira mieux. En faite, quand on fait des évaluations ça va être surtout pour essayer de comprendre si la personne peut rentrer à domicile, si elle peut rentrer à domicile, quel niveau d'aide la personne va avoir besoin et si elle doit rentrer en institution quel est l'impact de ses troubles cognitifs sur son comportement pour voir quelle institution va être capable de les recevoir pour les accompagner au mieux. Donc les façons que l'on a de partager nos évaluations, à l'hôpital il y a beaucoup la culture de l'oral donc beaucoup en transmission d'équipe, en réunion de synthèse chaque semaine où on va un peu plus approfondir. Par exemple moi quand je fais une mise en situation écologique, je vais plutôt transmettre ça en réunion de synthèse. Après quand il y a des situations un petit plus urgentes, qu'on besoin d'en parler plus vite, je peux le faire en transmission. Après je fais aussi des transmissions écrites sur Horbis, notre logiciel de partage d'informations. Ça m'arrive aussi de faire des comptes rendus un petit plus poussé, surtout quand je travaille en libéral. Ça peut être aussi de façon informelle, en allant voir les professionnels en question pour pouvoir préparer ma mise en situation. Ou alors de façon plus formelle lors des réunions de synthèse où des notes sont prises.

### **Très bien merci. Que pensez-vous du bilan PRPP ?**

Alors j'ai été formée qu'à l'évaluation, je n'ai pas été formée à l'intervention. Je trouve que le PRPP est un outil assez exceptionnel, qui est d'une grande richesse puisqu'il permet vraiment de comprendre les stratégies cognitives qui sont mises en oeuvre par la personne dans ses activités quotidiennes. En ça je trouve que c'est hyper précieux. Après il faut vraiment une formation assez poussée pour pouvoir l'utiliser correctement. L'autre problème c'est que si on ne l'utilise pas assez vite, on l'oublie il faut donc le pratiquer. C'est un peu la difficulté que j'ai eu, il faut se replonger dedans. Il m'arrive parfois de ne pas l'utiliser pendant plusieurs mois car j'ai à faire à des patients qui ont des gros troubles cognitifs et bon finalement ce n'est pas forcément le PRPP qui m'aide le plus, donc il faut se replonger dedans. Ça dépend

de la population que l'on a parce que les stratégies cognitives pour des personnes par exemple qui ont un déficit moteur, c'est assez facile d'utiliser le PRPP. Mais l'utiliser chez des personnes qui ont aucun trouble moteur mais qui ont des troubles cognitifs en fait c'est plus complexe moi je trouve. C'est une population pour laquelle c'est à la fois très intéressant de l'utiliser mais pour laquelle ce n'est pas aussi simple que ça parce qu'il y a beaucoup de choses. Les troubles cognitifs ça ne vient jamais altérer un petit item ou deux, ça vient altérer pleins pleins d'items, c'est pour ça que je trouve que plus il y a de troubles cognitifs, plus c'est difficile d'utiliser le PRPP. On peut l'utiliser mais il y a tellement de choses qui dysfonctionnent que ça sert moins que pour une personne qui a surtout des problèmes au niveau de l'exécution où là on sait qu'elle aura des ressources au niveau de percevoir, planifier, se rappeler. Si c'est juste un problème mnésique, on peut utiliser le PRPP sans soucis parce que ça va être plus spécifique, on va vraiment pouvoir voir ce que l'on va devoir travailler avec la personne en s'appuyant sur ses capacités parce que finalement en tant qu'ergo on va s'appuyer sur ce qui fonctionne bien. Le PRPP va vraiment mettre ça en avant sur ce qui fonctionne bien, on va utiliser ce qui fonctionne bien pour essayer de compenser ce qui fonctionne moins bien. Pour des troubles cognitifs légers à modérés je vais utiliser le PRPP, pour des troubles cognitifs sévères je ne vais pas l'utiliser. C'est pour ça que comme mes patients ont essentiellement des troubles cognitifs sévères je l'utilise moins le PRPP et quand je veux l'utiliser je dois donc me replonger dedans.

### **Selon vous quelles sont les particularités de ce bilan ?**

Les particularités c'est qu'on vraiment pouvoir approfondir notre compréhension des stratégies cognitives utilisées par les patients. On est pas là avec des mots savants, on va être vraiment dans comment est-ce qu'on va pouvoir traduire les difficultés cognitives par des mots d'action. Ça je trouve que c'est génial pour l'ergothérapeute. Dans l'accomplissement de leurs activités de vie quotidienne, c'est quelque chose qui est observable on va donc pouvoir observer les stratégies cognitives. On ne les intellectualise pas, on les observe donc ça reste un outil basé sur l'observation et en ça c'est très ergo, c'est notre coeur de métier.

### **Quels caractéristiques de ce bilan permettent d'évaluer le retentissement des troubles cognitifs dans le quotidien ?**

Bah à partir du moment qu'on évalue et qu'on comprend les stratégies cognitives utilisées, forcément derrière on comprend quelles sont les répercussions dans le quotidien. Ça va vraiment mettre en lumière ce qui coince concrètement pour réaliser les activités de vie quotidienne. Après je n'utilise pas d'activité pré-définie et le PRPP permet ça, on choisit une

activité qui a du sens pour la personne et qui a du sens pour notre évaluation aussi bien-sûr, en faite on va combiner les deux. On va s'adapter aussi à l'environnement dans lequel on est. On va choisir en fonction de la personne, de ce que l'on cherche vraiment à savoir et ce pourquoi on veut l'aider. Donc ça c'est précieux de ne pas avoir d'activité pré-définie. Et même quand on choisit l'activité avec la personne, souvent je le fais avec la personne d'ailleurs parce que c'est ça qui est intéressant, on va choisir ensemble les étapes clés de l'activité. Par exemple, admettons qu'on évalue le brossage de dents je dis n'importe quoi, les étapes pour une personne ne seront pas les mêmes que pour une autre personne. C'est-à-dire que la personne va pouvoir faire l'activité, c'est le résultat qui compte finalement, si la personne arrive à se brosser les dents en tenant la brosse à deux mains et bien finalement on s'en fiche si elle y arrive. Ça dépend des habitudes de vie, de la compensation qu'ils ont pour faire l'activité mais si c'est une compensation efficace bah c'est d'accord. On va voir leurs différents stratégies et c'est de voir ce qui ne fonctionne pas dans leurs stratégies cognitives et qu'on peut arriver à corriger ou alors qu'est-ce qui fonctionne bien et sur quoi on va pouvoir capitaliser ensuite dans notre intervention. Mais le fait de pouvoir choisir l'activité avec la personne, choisir les étapes ensuite qu'on veut observer, comment on va décomposer l'activité, on va déjà voir la personne comment elle fait l'activité et on va décomposer en fonction de ce qui nous paraît important avec la personne. Donc ça c'est la richesse du PRPP qu'il n'y ait pas d'activité pré-définies comme dans le AMPS, bon je ne suis pas formée à ce bilan, mais ça me séduit moins en tant qu'ergo d'avoir des activités pré-définies.

**Est-ce que le PRPP serait adapter pour objectiver les troubles cognitifs considérés comme « légers » comme par exemple dans le cadre de troubles cognitifs induits par la chimiothérapie, qui ne sont pas objectivés par les tests papier/crayon ?**

Oui tout à fait, on est dans des troubles cognitifs légers. En parlant avec des puristes du PRPP, ils vous diraient que quelque soit la personne, même avec des personnes qui ont des troubles cognitifs très sévères on peut utiliser le PRPP. Bon moi dans ma pratique, je trouve que c'est plus compliqué pour les raisons que je vous ai évoqué précédemment c'est-à-dire que c'est tellement complexe, dans le cerveau il y a tellement de choses qui dysfonctionne que c'est compliqué de vraiment réussir à mettre le doigt sur ce qui va nous rendre service ensuite dans notre intervention avec la personne. Mais pour les troubles cognitifs légers oui c'est très utile.

**D'après vous qu'est-ce qui serait important de faire pour développer le PRPP en France ?**

Ce qui serait important ce serait de former les ergothérapeutes français, donc ça on est en train de travailler sur cette traduction qui est bientôt terminée. Après le problème c'est le partenariat car comme cette traduction est faite avec des ergothérapeutes canadiens il faut trouver un terrain d'entente pour ensuite le déploiement de la formation dans les différents pays francophones et dont la France. Ensuite il faut pouvoir développer les supports pédagogiques. Après avec l'histoire du Covid, une formation en distanciel est en discussion, je ne sais pas si elle verra le jour mais j'espère parce que ça pourrait rendre le PRPP beaucoup plus accessible, même si je suis beaucoup plus pour le présentiel. Et puis le PRPP a été développé par deux ergothérapeutes australiennes qui ont demandé que pour utiliser le PRPP, il fallait être formé ce qui est tout à fait normal parce que sinon je pense qu'on l'utiliserait très mal donc effectivement une formation assez riche est nécessaire.

**Souhaitez-vous ajouter quelque chose vis-à-vis de mon sujet de mémoire ?**

Vous avez évoqué surtout la partie évaluation, mais il y a aussi la partie intervention même si je n'ai pas été formée. Mais oui vous votre sujet porte sur l'évaluation donc c'est normal que l'on ait pas abordé l'axe intervention finalement. En tout cas c'est un sujet intéressant et je serai ravie d'avoir votre mémoire une fois qu'il sera finit si vous voulez bien le partager.

## **Annexe 17 : Matrice d’entretien créée à l’aide de la partie théorique**

### **Variable : Évaluation des troubles cognitifs ; évaluation du chemobrain**

**Thèmes / concepts :** Selon Noal et al, 2010 ; Lezak, 1982 ; Laroche 2001 ; Duivon et al, 2018 ; Grzegorski et al, 2017 ; Hardy-Léger et al, 2021 ; Thomas-Antérion et al, 2020 ; Peretti et al, 2009 ; Fossati et al, 2010 ; Meyer 2013 ; Player et al, 2014 ; Le Fel et al, 2013 ; Kanaskie et al, 2015 ; Guilhard 2007 ; Fisher et Jones 2012 ; McNulty et al, 2001 ; Poncet et al, 2012 ; Chevignard et al 2006 ; Montel 2014 ; Chaytor et al, 2003 ; Joly et al, 2012 ; Taillia 2011 ; Griffard et al, 2015

<b>Critères</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Questions</b>
Evaluation dite « papiers / crayon »	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les tests réalisés en neuropsychologie sont généralement standardisés, littéraux et non écologiques.</li> <li>- Il y a davantage de plaintes cognitives exprimées par les patientes que de troubles objectivés via les tests neuropsychologiques car ils ne semblent pas assez fins vis-à-vis des troubles cognitifs qui peuvent parfois être légers.</li> <li>- Situation structurée et monotâche</li> <li>- À l’abri des sollicitations extérieures</li> </ul>	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
Evaluation dite « écologique »	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre en compte la personne de façon holistique, comprendre les capacités et les limitations d’une personne dans son environnement et les objectiver afin de pouvoir adapter sa prise en charge.</li> <li>- Situations ouvertes et multitâche</li> <li>- Génère des situations de tension</li> </ul>	
L’impact des troubles cognitifs dans les activités de vie quotidienne et sur la qualité de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des incapacités peuvent s’observer dans la réalisation des soins personnels, dans la productivité, dans la reprise professionnelle par exemple, mais aussi dans les activités de loisirs et dans les interactions sociales.</li> <li>- Les activités de base de la vie quotidienne</li> <li>- Les activités instrumentales de la vie quotidienne</li> <li>- Ces altérations cognitives ont donc un impact sur leur qualité de vie aussi bien au niveau personnel, social mais aussi professionnel et peuvent altérer leur engagement et leur participation dans leurs activités.</li> <li>- Perte d’indépendance et des rôles sociaux.</li> </ul>	



## **Variable : Évaluation des troubles cognitifs ; évaluation du chemobrain**

Critères	Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2	Ergothérapeute 3
<p>Evaluation dite « papiers / crayon »</p>	<p>« j'utilise rarement maintenant des évaluations papiers / crayon »</p> <p>« Je touche pas à la MoCA. Moi je trouve que j'ai pas besoin de ça pour arriver à ma finalité en ergo. Je trouve que c'est beaucoup plus riche de comment je fais les choses avec le PRPP. »</p> <p>« les tests papiers/crayon ne sont pas représentatifs à ce moment là, ils vont juste dire qu'il y a un problème. Et après ? Comment ça bascule dans les comportements fonctionnels, dans la réalisation d'activités. »</p> <p>« Les bilans papiers / crayon vont être très bons, si c'est bien fait, pour cibler des problématiques de l'ordre des aptitudes ou des dimensions de la personne »</p> <p>« Puis les gens vont extrapoler par la suite vers le fonctionnel, on le voit beaucoup en neuropsychologie. C'est merveilleux d'extrapoler mais il y a souvent des erreurs parce qu'on ne connaît pas les ressources des gens par rapport à l'aspect motivationnel, d'engagement. »</p>	<p>« Dans le test papier/crayon il n'y a jamais de problèmes, les tâches s'enchainent, ou les problèmes sont sur le papier entre guillemet mais il n'y a rien qui survient pendant le test, il n'y a pas de contrainte, les problèmes sont créés. À l'inverse, lors d'évaluation écologique, les problèmes vont se générer tout seuls »</p> <p>« Dans le papier/crayon c'est artificiel, alors que en écologique c'est vrai »</p> <p>« Je ne fais aucun test papier/crayon, rien du tout de tout ça, c'est évacué de la pratique. »</p>	<p>« dans le test papier/crayon on ne peut pas remplacer l'environnement, on n'aura jamais la complexité de la situation écologique »</p> <p>« Le test papier/crayon il y a aussi un côté un peu anxiogène pour la personne, ils ont l'impression de retourner à l'école c'est parfois difficile. »</p> <p>« En plus les tests papier/crayon en fonction du niveau socio-éducatif de la personne, soit la personne à un très haut niveau de part les expériences de vie et sera performante au test papier/crayon, en faite elle aura plus de facilité alors qu'elle a beaucoup de problèmes cognitifs mais néanmoins elle va quand même s'en sortir, les troubles cognitifs seront moins ou pas objectivés. Voilà donc ça il faut vraiment le prendre en compte. »</p>

<p>Evaluation dite « écologique »</p>	<p>« On essaye de créer des environnements les plus similaires possible »</p> <p>« je suis beaucoup plus de la culture top-down où je vais directement par la tâche, par l'activité donc par l'évaluation écologique »</p> <p>« avec le AMPS aussi j'ai tout ce que j'ai besoin au niveau moteur »</p> <p>« j'ai voulu voir le côté opérationnel du AMPS mais il était limitatif je trouvais, il n'était pas assez bien développé, ce qui m'a propulsée vers le PRPP. »</p> <p>« des mises en situation de dimension ou d'aptitude »</p> <p>« j'utilise le AMPS pour la dimension physique et à partir des 4 cadrants du PRPP pour la dimension cognitive. »</p> <p>« le MOHO, sans dire que j'utilise des mots typiquement comme « volition », et tout ça parce qu'on perd les gens. »</p> <p>« j'utilise une évaluation de la société ontawrienne, que j'ai connu quand je pratiquais là bas. C'est une évaluation uniquement basée sur l'évaluation des habiletés perceptuelles »</p> <p>« j'utilise le EMAF »</p>	<p>« c'est jamais 100% écologique puisque t'es là »</p> <p>« Mais à mon avis c'est celles qui devraient être le plus réalisées »</p> <p>« je pense de toute façon que c'est important de faire des évaluations écologiques »</p> <p>« Il faut qu'on soit capable de les faire comme si on était pas là mais tout en étant conscient qu'on est là. »</p> <p>« Le seul problème c'est que ça prend beaucoup de temps. »</p> <p>« Souvent moi je vois des choses que les autres ne voient pas car je vais les garder longtemps justement, je les garde plusieurs heures donc il vont se fatiguer et c'est là que ça dérape. »</p> <p>« être capable de voir des choses et être capable de projeter que si je vois ça moi, ça doit vouloir dire que dans la vie de tous les jours ça doit se passer comme ci ou comme ça »</p> <p>« Ces toutes ces petites choses que l'on voit dans des bilans écologiques qui se passent moins dans un bilan standardisé »</p> <p>« aussi le côté relationnel pas forcément envisagé »</p> <p>« Il faut sortir les personnes pour voir les vrais avantages de l'évaluation écologiques, il faut être dans le vrai monde, ça peut être juste faire le tour d'un quartier. »</p> <p>« Le temps, c'est la principale limite »</p>	<p>« Pour moi, c'est le coeur de notre métier les évaluations écologiques »</p> <p>« Plus la personne est dans son environnement avec une situation de vie réelle, plus on aura des informations sur sa réelle performance cognitive »</p> <p>« Si je peux faire une évaluation à domicile, c'est vraiment le must »</p> <p>« les mises en situation à domicile sont précieuses »</p> <p>« Après ça dépend de l'objectif qu'on a, si le projet est un retour à domicile alors c'est super pertinent. Maintenant si le projet c'est une institution, finalement il vaut mieux se baser sur la performance de la personne à l'hôpital parce que malheureusement elle ne réintègrera pas son environnement. »</p> <p>« j'aime bien le test des errances multiples. Je l'utilise moins car j'ai des patients qui ont trop de troubles cognitifs mais il est intéressant pour compléter des tests papier/crayon »</p> <p>« Et puis bien sur le PRPP. »</p> <p>« plus on va être proche de la vie réelle, plus l'évaluation sera juste et plus on pourra travailler des choses qui derrière permettrons à la personne d'avoir une bonne qualité de vie »</p> <p>« Il y a beaucoup de choses qui ne peuvent pas se faire autrement que par des évaluations écologiques ou des mises en situation écologiques »</p> <p>« parfois on a pas toujours le temps d'aller à domicile »</p>
---------------------------------------	---	--	--

	<p>« je suis formée sur l'évaluation de l'aptitude ou inaptitude clinique. Ça s'appelle le CCT (<i>Cognitive Competencie Test</i>) »</p>	<p>« dans la réalisation concrète il y en a pleins d'autres, tels que le AMPS, le PRPP, le VQ »</p> <p>« le test des errances multiples »</p> <p>« toutes ces évaluations qui mettent la personne en action »</p> <p>«Evaluation Montréalaise des Activités Financières »</p>	<p>« quand on est dans une évaluation écologique, finalement la personne arrive presque à oublier qu'on l'évalue. Elle peut même prendre plaisir à cette évaluation puisqu'on peut essayer de choisir quelque chose qui a du sens pour la personne. »</p> <p>« dans l'environnement il y a des contraintes et des surprises qui surviennent aléatoirement »</p> <p>« dans la situation écologique ce qui est génial c'est qu'on peut vraiment adapter en fonction de la personne et pouvoir avoir des résultats beaucoup plus fiables finalement. »</p> <p>« Je trouve ne serait-ce que ce rôle de mises en situation que l'on utilise beaucoup en ergothérapie est très précieux pour évaluer l'impact de ces troubles cognitifs sur le fonctionnement de la personne en général. »</p> <p>« Alors essentiellement de l'observation dans la vie du service, dans les activités par des mises en situation, c'est mon principal outil d'évaluation.</p> <p>« PRPP »</p>
<p>L'impact des troubles cognitifs dans les activités de vie quotidienne et sur la qualité de vie</p>	<p>« les tests papiers/crayon ne sont pas représentatifs à ce moment là, ils vont juste dire qu'il y a un problème. Et après ? Comment ça bascule dans les comportements fonctionnels, dans la réalisation d'activités. »</p>		<p>« plus on va être proche de la vie réelle, plus l'évaluation sera juste et plus on pourra travailler des choses qui derrière permettrons à la personne d'avoir une bonne qualité de vie »</p> <p>« mettre en lumière ce qui coince concrètement pour réaliser les activités de vie quotidienne. »</p>

## **Variable : Perceive, Recall, Plan and Perform (PRPP)**

**Thèmes / concepts** : Selon Chapparo et Ranka, 1985 ; 1996 ; 2014 ; Polatjko, 2008 ; Player et al, 2014 ; Kanaskie et al, 2015 ; Bolton et al, 2018 ; Steultjens et al, 2012 ; Aubin et al, 2009 ; Fry et al 2002 ; Nott et al, 2008, Nott et al. 2012 ; Van Keulen-Rouweler et al, 2017 ; Steultjens et al, 2012 ;

<b>Critères</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Indicateurs</b>
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluer en milieu semi-écologique ou écologique le retentissement des atteintes cognitives sur l'accomplissement d'activités.</li> <li>- Les tâches évaluées peuvent être de différents niveaux, allant de la simple tâche, à une routine, à un rôle, mais également à une séquence.</li> <li>- Pas d'activité prédéfinie donc pas de biais d'apprentissage.</li> <li>- Evaluation dite « top-down » et client-centré.</li> <li>- Approche fonctionnelle et compensatoire grâce aux stratégies de compensation.</li> <li>- Passation : auprès de personnes de tout âge et à toutes les pathologies.</li> <li>- Passation peu onéreuse car pas besoin de matériel particulier.</li> <li>- Vocabulaire employé aisé à comprendre donc permet des échanges facilités avec l'équipe interprofessionnelle.</li> <li>- Présente de bonnes qualités psychométriques.</li> </ul>	5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14
Limites	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation nécessaire de 5 jours pour le volet « évaluation » et de 5 jours pour le volet « intervention »</li> <li>- Formation en anglais</li> <li>- Formation pour le moment non disponible en France</li> </ul>	
Performance et engagement occupationnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le Modèle Australien de la Performance suggère ainsi qu'il y a un lien entre la cognition et la performance occupationnelle.</li> <li>- Une activité doit être signifiante et significative pour la personne.</li> <li>- Se servir de l'activité pour favoriser l'engagement occupationnel de la personne.</li> </ul>	
Objectivation du retentissement des troubles cognitifs non objectivé par les tests papiers/crayon		
Permet de détecter les troubles cognitifs légers		

## Variable : Perceive, Recall, Plan and Perform (PRPP)

Critères	Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2	Ergothérapeute 3
Avantages	<p>« Ma révélation de carrière »</p> <p>« C'est vraiment un ajout merveilleux à ma profession, ça m'a beaucoup outillé, et ça m'a donné beaucoup de crédibilité à mon travail et à la profession »</p> <p>« C'est une évaluation pour tout âge, toutes pathologies, toutes cultures, on la colle à n'importe quoi et à n'importe quelle situation. »</p> <p>« Le fait que ce bilan utilise des verbes d'actions c'est très accessible aussi pour tout le monde. »</p> <p>« un modèle qui est aussi écosystémique. Donc il ratisse très large »</p> <p>« mettre des mots sur des choses que tout le monde en parle du traitement de l'information cognitive mais concrètement comment on observe ça? »</p> <p>« je ne pensais pas qu'on pouvait développer son sens de l'observation à ce point là »</p> <p>« Ça aide vraiment à pister des vraies pistes d'intervention, beaucoup plus que n'importe quels tests que je faisais avant. »</p> <p>"le PRPP est très bien structuré »</p>	<p>« C'est un de mes outils préférés dans la vie »</p> <p>« le client décide de sa situation »</p> <p>« Tu peux vraiment regarder en très micro »</p> <p>« ça permet de se dire tiens il y a eu un problème à cette sous étape et ça permet d'aller zoomer sur cette sous-étape en question qui a posé problème par exemple, donc tu peux vraiment creuser contrairement au AMPS qui a une certaine rigidité dans ce que t'observes où la tâche elle doit être faite de telle façon et la personne ne peut pas la faire comme elle fait en fonction de ses habitudes de vie »</p> <p>« dans le PRPP le jugement du thérapeute vient s'ajouter alors que le AMPS enlève complètement ton propre jugement de thérapeute »</p> <p>« l'avantage du PRPP c'est qu'il t'amène à parler en terme d'actions observables »</p> <p>« je vais parler de ce que je vois en faite, des actions observables, bref des impacts. »</p> <p>« Mais avec le PRPP tu peux vraiment faire ce que tu veux en terme d'activité, de temporalité donc c'est ça qui est vraiment bien. »</p>	<p>« Je trouve que le PRPP est un outil assez exceptionnel, qui est d'une grande richesse puisqu'il permet vraiment de comprendre les stratégies cognitives qui sont mises en oeuvre par la personne dans ses activités quotidiennes. »</p> <p>« Il faut arriver à avoir les bons mots, le PRPP c'est un de ses avantages, le vocabulaire utilisé est accessible à tous. »</p> <p>« Si c'est juste un problème mnésique, on peut utiliser le PRPP sans soucis parce que ça va être plus spécifique, on va vraiment pouvoir voir ce que l'on va devoir travailler avec la personne en s'appuyant sur ses capacités parce que finalement en tant qu'ergo on va s'appuyer sur ce qui fonctionne bien. »</p> <p>« Le PRPP va vraiment mettre ça en avant sur ce qui fonctionne bien, on va utiliser ce qui fonctionne bien pour essayer de compenser ce qui fonctionne moins bien. »</p> <p>« Pour des troubles cognitifs légers à modérés je vais utiliser le PRPP, pour des troubles cognitifs sévères je ne vais pas l'utiliser. »</p>

	<p>« Quand je rédige, ça me permet vraiment de bien placer les éléments observables vers les bonnes composantes du traitement de l'information cognitive, ce qui me permet de voir plus claire où est la raison des défis occupationnels et donc les types de recommandations d'interventions que l'on peut faire par la suite. »</p> <p>« c'est des verbes d'action, c'est très imagés (...) je peux utiliser les mêmes mots avec la clientèle, avec la famille, avec les membres d'équipe »</p> <p>« c'est très top-down (...) observé la personne directement dans la tâche. »</p>	<p>"Il est suffisamment fin pour savoir où est le problème, dans quelle sphère. Contrairement au AMPS qui a une grosse composante motrice, là dans le PRPP tu ne l'as pas cette composante. Tu peux complètement l'escamoter donc ça c'est intéressant. »</p> <p>« Puis le PRPP va plus loin car le AMPS reste sur les habiletés opératoires, donc c'est quand même beaucoup les processus de planification, organisation. Dans le PRPP, il y a les enjeux de rappels, de perception de l'environnement qui sont un petit peu moins présents dans le AMPS. »</p> <p>« Les aspects plus qualitatifs je trouve. Le découpage par les quadrants »</p> <p>« mon rapport est très qualitatif sur chaque sous section, qu'est-ce qui s'est passé, qu'est-ce que j'ai vu, qu'est-ce qui est important, quelles sont les difficultés qui ressortent genre des difficultés à maintenir le focus attentionnel, des difficultés à percevoir des stimuli dans l'environnement, je vais parler beaucoup comme ça. »</p> <p>« Quand je donne un rendez-vous et que la personne n'est pas capable de s'en rappeler, ou que justement je leur dis « voudriez-vous prendre en note le RDV » et que juste pour s'organiser et prendre un papier et un crayon on n'est pas rendu, j'ai de suite le PRPP qui s'allume dans ma tête. »</p>	<p>« on vraiment pouvoir approfondir notre compréhension des stratégies cognitives utilisées par les patients »</p> <p>« On est pas là avec des mots savants »</p> <p>« on va pouvoir traduire les difficultés cognitives par des mots d'action »</p> <p>« ça reste un outil basé sur l'observation et en ça c'est très ergo, c'est notre coeur de métier. »</p> <p>« c'est précieux de ne pas avoir d'activité pré-définie. »</p> <p>« pas d'activité pré-définies comme dans le AMPS, bon je ne suis pas formée à ce bilan, mais ça me séduit moins en tant qu'ergo d'avoir des activités pré-définies. »</p> <p>« on va choisir ensemble les étapes clés de l'activité »</p>
--	---	---	---

<p>Limites</p>	<p>« Que cette évaluation soit reconnue dans le système d'enseignement parce qu'elle coûte très cher »</p>	<p>« Il va falloir le traduire en français »</p> <p>« il faudrait aussi que les ergothérapeutes n'utilisent pas les grilles sans formation, puisqu'il y a des formations de 5 jours pour évaluation et intervention »</p> <p>« On espère que la formation sera accessible en 2023 »</p> <p>« Mais la formation va arriver, ça va venir ! »</p>	<p>« Après il faut vraiment une formation assez poussée pour pouvoir l'utiliser correctement »</p> <p>« si on ne l'utilise pas assez vite, on l'oublie il faut donc le pratiquer »</p> <p>« Les troubles cognitifs ça ne vient jamais altérer un petit item ou deux, ça vient altérer pleins pleins d'items, c'est pour ça que je trouve que plus il y a de troubles cognitifs, plus c'est difficile d'utiliser le PRPP »</p> <p>« former les ergothérapeutes français, donc ça on est en train de travailler sur cette traduction qui est bientôt terminée »</p> <p>« pouvoir développer les supports pédagogiques »</p>
----------------	--	--	---

<p>Performance et engagement occupationnels</p>	<p>« j'utilise le AMPS pour la dimension physique et à partir des 4 cadrants du PRPP pour la dimension cognitive. »</p> <p>« le MOHO, sans dire que j'utilise des mots typiquement comme « volition », et tout ça parce qu'on perd les gens. »</p> <p>« j'évalue principalement le rendement occupationnel ou la réalisation occupationnel mais indirectement aussi on touche certains éléments de l'engagement occupationnel mais oui c'est vraiment la performance des gens qui est mon outil principal. »</p>	<p>« on peut utiliser des outils d'entretien aussi hallucinant que ça puisse paraître mais ça reste la perception de la personne donc l'OCAIRS fait parti des outils a utilisé à mon sens. Après bien évidemment tous les outils d'auto évaluation type OSA ou des évaluations combinées type MOHOST peuvent évaluer la performance. »</p> <p>« dans la réalisation concrète il y en a pleins d'autres, tels que le AMPS, le PRPP, le VQ »</p> <p>« le test des errances multiples, «</p> <p>« toutes ces évaluations qui mettent la personne en action »</p> <p>« Je pense qu'il faut combiner ces observations là par de l'entrevue et de l'auto évaluation pour avoir une vision globale de la personne. »</p>	<p>« j'utilise beaucoup l'observation dans la vie du service et aussi à travers les activités de groupe que je propose en co-thérapie où la personne est mise en activité et on a pas mal d'informations sur la performance. »</p> <p>« Après si je veux aller plus loin et si la personne n'a pas trop de troubles cognitifs, c'est important quand même je trouve que c'est plus difficile de l'utiliser sinon, je vais utiliser le PRPP »</p> <p>« les mises en situation de vie quotidienne en fonction de ce qui a du sens pour la personne »</p> <p>« Plus la personne est dans son environnement avec une situation de vie réelle, plus on aura des informations sur sa réelle performance cognitive »</p> <p>"une fois qu'elles s'habituent au service, elles ont quand même des repères, elles peuvent retrouver une vie dans le service qui nous permettent d'avoir une idée sur leur performance notamment quand elles font leur toilette, ou lors des repas ou quand elles sont en activité ça nous donne quand même une idée »</p>
---	--	---	---



<p>Objectivation du retentissement des troubles cognitifs non objectivé par les tests papiers/crayon</p>	<p>« avec le PRPP tu vois les tendances qui se décrivent des différents types de troubles neuro-cognitifs »</p> <p>« les tests papiers/crayon ne sont pas représentatifs à ce moment là, ils vont juste dire qu'il y a un problème. Et après ? Comment ça bascule dans les comportements fonctionnels, dans la réalisation d'activités. »</p>		<p>« Ils objectivent complètement des troubles non ressortis aux tests papier/crayon »</p> <p>« En faite nous avons les deux cas de figure, parfois papier/crayon bizarrement ça ne se passe pas si mal, et puis quand on les met en situation de vie réelle c'est la catastrophe. Et puis, il y a le contraire, c'est-à-dire des personnes qui échouent complètement aux tests papier/crayon et quand elles sont dans la situation de vie réelle avec des mises en situation écologiques, ça se passe beaucoup mieux. »</p> <p>« ça dépend également de leur niveau d'éducation, de si ils ont eu l'habitude de passer beaucoup de tests papier/crayon parce que parfois il y a de l'entraînement, le cerveau est parfois entraîné à ça et donc les personnes sont entraînées à ces tests papier/crayon. »</p>
<p>Permet de détecter les troubles cognitifs légers</p>	<p>« Oui je pense qu'on peut l'utiliser pour ces cas là. »</p> <p>« Puis des fois on va voir des choses que d'autres ne voient même pas parce qu'on voit les subtilités aussi. »</p> <p>« Quand on combine nos notions de neurologie avec le PRPP, oui ça permet de voir des troubles mêmes légers. »</p>	<p>« Oui si tu fais une évaluation assez longue »</p> <p>« il faut laisser embarquer la fatigue, puisque c'est quand la fatigue va arriver que les troubles cognitifs vont arriver. »</p> <p>« Mais quand c'est légers il faut que la fatigue physique et cognitive entrent en jeu. »</p> <p>« c'est une 1h30/2h c'est mon minimum »</p> <p>« Parfois c'est impressionnant comme tout va bien, et au bout d'1h30 la personne commence à fatiguer et là tu remarques beaucoup de choses dans tes observations. »</p>	<p>« Oui tout à fait, on est dans des troubles cognitifs légers »</p>

### **Variable : L'interdisciplinarité vis-à-vis des troubles cognitifs**

**Thèmes / concepts** : Selon Dollet 2014 ; Soum-Pouyalet, F 2018 ; Bagaragaza et al, 2021 ; Roussel et al, 2018 ;

<b>Critères</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Questions</b>
Évalués par différents professionnels	<ul style="list-style-type: none"><li>- Panel de professionnels diversifié.</li><li>- Les professionnels de santé associés gardent leurs spécificités vis-à-vis de leur profession mais participent à un projet commun en y apportant leurs connaissances et leurs moyens d'intervention spécifiques.</li><li>- Coupler les bilans littéraux types papier/crayon réalisés en neuropsychologie où le fonctionnement cognitif va être étudié et les mises en situation écologiques réalisées en ergothérapie qui sont centrées sur les habitudes de vie, les facteurs environnementaux et les occupations de la patiente.</li></ul>	10, 11
Transmission des données	<ul style="list-style-type: none"><li>- Partage de l'information primordial.</li><li>- De façon formelle ou informelle.</li></ul>	

**Variable : L'interdisciplinarité vis-à-vis des troubles cognitifs**

Critères	Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2	Ergothérapeute 3
<p align="center">Évalués par différents professionnels</p>	<p>« Si je ne travaillais pas en collaboration avec d'autres spécialités, des champs réservés, ça n'aurait pas la même valeur car ça pourrait nous limiter dans l'action ressource »</p> <p>« J'ai travaillé avec l'équipe de plan pour essayer de créer des environnements, des salles de bains ressemblant plus à domicile sinon c'était toutes des douches ouvertes pour que le personnel lave les usagers. On essaye plus de recréer un environnement similaire à leur quotidien. »</p> <p>« Je vous dirais en moyenne que l'on est minimum trois en collaboration interprofessionnelle »</p> <p>« Honnêtement je collabore beaucoup avec les infirmières »</p> <p>« Dans nos activités réservées, on a pas celles des évaluations cognitives, ça nous a été retiré il y a plusieurs années. Notre rôle selon nos ordres se nomme plus de faire des évaluations fonctionnelles où on peut apprécier les fonctions cognitives. »</p>	<p>« Si je fais un PRPP, il y a souvent la neuropsychologie qui est passée avant ou après. On se parle toujours et on décide qui va voir le patient en premier et c'est souvent que c'est moi qui vais commencer et qui vais aiguiller la neuropsychologie en lui disant j'ai vu ça, ça, ça »</p> <p>« On se parle toujours et on décide qui va voir le patient en premier et c'est souvent que c'est moi qui vais commencer et qui vais aiguiller la neuropsychologie en lui disant que j'ai vu ça, ça, ça »</p>	<p>« je fais des groupes soit avec une psychomotricienne, soit avec une psychologue. Ça m'arrive d'en faire avec des médecins, des infirmiers, des aides-soignants. Avec des objectifs qui sont parfois assez différents »</p> <p>« On passe donc notre journée à essayer d'identifier quels sont les troubles cognitifs, quels sont les déclencheurs qui font qu'il y a des troubles du comportement. On fait ça avec tout le personnel qui travaille dans l'unité. »</p>

Transmission des données	<p>« Le mode de communication est varié »</p> <p>« Il y a la documentation, la rédaction de dossiers et tout ça dans le dossier de l'usager mais elle se fait aussi de façon très informelle, des échanges spontanés, des appels téléphoniques non planifiés. Elles peuvent se faire aussi de façon planifiées quand on a des rencontres, on peut avoir des rencontres spontanées comme on peut aussi organiser des rencontres d'équipe surtout quand les cas commencent vraiment à être de l'ordre de la plus grande complexité au niveau de leur situation. »</p>	<p>« Généralement c'est dans les réunions »</p> <p>« avec la neuropsychologie, on se parle souvent, on va s'appeler pour valider nos observations et si on a tous vu la même chose ou pas »</p> <p>« Ensuite c'est rapporté en équipe et au patient. »</p>	<p>« à l'hôpital il y a beaucoup la culture de l'oral donc beaucoup en transmission d'équipe, en réunion de synthèse chaque semaine où on va un peu plus approfondir. »</p> <p>« je fais aussi des transmissions écrites sur Horbis, notre logiciel de partage d'informations »</p> <p>« Ça peut être aussi de façon informelle, en allant voir les professionnels en question pour pouvoir préparer ma mise en situation. Ou alors de façon plus formelle lors des réunions de synthèse où des notes sont prises. »</p>
--------------------------	---	--	--

## Annexe 18 : Dépliant en trois volets sur le chemobrain

Le nom de ma tutrice est indiqué sur le dépliant avec l'accord de celle-ci au préalable.

### Les signes :

- « Je manque d'attention »
- « J'oublie tout »
- « Il a dit quoi déjà ? »
- « Je venais ici pour faire quoi déjà ? »
- « Où sont mes clés ? »
- « Je fais des trous de mémoire »
- « Je manque de concentration »
- « Je perds mes mots »

### LE CHEMOBRAIN EST-IL RÉVERSIBLE ?

- **OUI** dans la plupart du temps.
- La prise en charge précoce est conseillée.
- Dans tous les cas, parlez-en à votre oncologue.

### QU'EST-CE QUE CELA SIGNIFIE ?

Il s'agit de **changements cognitifs** qui altèrent la **pensée**, l'**apprentissage**, le **traitement** ou la **mémorisation** de l'information qui surviennent pendant ou après un traitement de chimiothérapie.

### QUELLES SONT LES RAISON DU CHEMOBRAIN ?


- Elles sont  **multiples**  :
  - Le **type de cancer** et les **effets secondaires** de certains traitements
  - Les **symptômes** de la maladie : stress, anxiété, fatigue, ..
  - Les **carences nutritionnelles**
  - Les répercussions **psychologiques**

### QUELLES FONCTIONS SONT IMPACTÉES ?

- La mémoire à court terme
- La mémoire verbale et visuelle
- L'attention soutenue et sélective
- La vitesse de traitement de l'information

### Mon chemobrain au quotidien

Appelé également « chemofog » ou « brouillard cognitif »



### ASTUCES POUR LE QUOTIDIEN

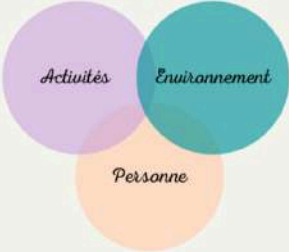
« Plus je suis actif et plus je stimule mes fonctions cognitives ! »

- Maintenir une **ACTIVITE** :
  - **Quotidienne** : cuisine, courses, ...
  - **Cognitive** : lecture, écouter la radio, activités ludo cognitives, ...
  - **Sociale** : appels téléphoniques, associations, sorties, ...
  - **Sportive** : marche, vélo, yoga, pilate
- S'exercer avec des **EXERCICES COGNITIFS**
  - lumosity.com
  - brainhq.com
  - happyneuron.fr
  - oncogite.com
- **Recommandations : 4x par semaine**

### Associations de soutien en Occitanie

Des associations peuvent vous accompagner pendant et après les traitements. Parlez-en ou trouvez les associations de proximité sur : <https://www.lavieautour.fr/>

### Interactions entre :



« Et si je m'organisais ? »


- Aménager son **ENVIRONNEMENT** :
  - Adopter des « **aides-mémoire** » : agenda, To do List, rappels sur téléphone, calendrier, ...
  - Avoir un environnement **calme**, **sans distracteur** lors d'activités demandant de la concentration (lecture, ...)
  - Se concentrer sur **une tâche** à la fois
  - Mettre en place des **routines** : rangement des clés, ...

« J'ai besoin de repos ! »

- Respecter son **RYTHME** :
  - Se **reposer** et faire des **pauses**
  - Pratiquer la **relaxation** en journée
  - **Séquencer** les activités
  - **Demander de l'aide** lors des tâches quotidiennes à sa famille
  - **Demander de l'aide** à des professionnels spécialisés.

### POUR CONTINUER À LIRE SUR LE SUJET

- [www.afsos.org](http://www.afsos.org)
- [rubanrose.org](http://rubanrose.org)
- [www.cancer.org](http://www.cancer.org)



Réalisée par Manon Giraud sous la supervision d'Alice Frelon

## **RESUME : L'évaluation fonctionnelle du chemobrain en ergothérapie et l'impact de la performance et de l'engagement occupationnels chez les femmes ayant un cancer du sein**

**Introduction** : Les troubles cognitifs induits par la chimiothérapie, appelés dans la littérature anglo-saxonne « *chemobrain* » sont un des effets secondaires encore méconnus mais fréquemment ressenties par les femmes atteintes d'un cancer du sein. Le chemobrain ne semble pas toujours objectivé via les tests neuropsychologiques. Ainsi, l'ergothérapeute qui est une profession peu développée dans le domaine de l'oncologie, pourrait en complémentarité avec les tests neuropsychologiques, évaluer les répercussions cognitives dans le quotidien de ces personnes afin d'accroître leur qualité de vie. **Objectif** : L'objectif de cette recherche est de savoir si l'utilisation du Perceive, Recall, Plan and Perform (PRPP) par l'ergothérapeute en complémentarité avec des tests neuropsychologiques est pertinent pour objectiver les difficultés cognitives rencontrées par ces femmes afin d'améliorer leur performance occupationnelle dans leur quotidien. **Méthode** : J'ai réalisé une phase pré-exploratoire en interviewant un neuropsychologue ainsi qu'une phase exploratoire en interrogeant trois ergothérapeutes formés au PRPP. Une analyse qualitative a ensuite été réalisée. **Résultats** : Avec les entretiens réalisés auprès des différents professionnels, l'évaluation écologique de type PRPP en complémentarité avec les tests neuropsychologiques serait adaptée pour objectiver les difficultés cognitives ressenties dans les activités de vie quotidiennes de ces femmes. Cependant, il serait davantage pertinent pour les troubles cognitifs considérés comme légers. **Conclusion** : Les résultats de cette recherche permettent de conclure que l'intervention de l'ergothérapeute en phase d'évaluation pour les répercussions du chemobrain serait pertinente en complémentarité avec les tests neuropsychologiques.

**Mots clés** : ergothérapeute - évaluation écologique - Perceive, Recall, Plan and Perform (PRPP) - performance et engagement occupationnels - complémentarité - tests neuropsychologiques

## **ABSTRACT : Functional assessment of chemobrain in occupational therapy and the impact of occupational performance and occupational engagement in women with breast cancer**

**Introduction** : The cognitive impairment induces at chemotherapy, named in the Anglo Saxon literature « *chemobrain* » are one of the style unknow side effects but frequently felt by women with breast cancer. The chemobrain does not always seem to be objectified via neuropsychological tests. Thus, the occupational therapist, which is an underdeveloped profession in the field of oncology, could in complementary which neuropsychological tests, assess cognitive repercussions in the daily lives of these people in order to increase their quality of life. **Objectives** : The objective of this research is to know if the use of the Perceive, Recall, Plan and Perform (PRPP) by the occupational therapist in complementarity with neuropsychological tests is relevant for to objectify the cognitive difficulties encountered by these women in order to improve their occupational performance in their daily life. **Method** : I realized a pre-exploratory phase by interviewing a neuropsychologist as well as an exploratory phase by interviewing three occupational therapists trained in the PRPP. A qualitative analysis was then carried out. **Results** : With the interviews near different professionals, the ecological assessment PRPP in complementary with neuropsychological tests would be suitable to objectify the cognitive difficulties felt in the activities of daily living. However, it would be more relevant for cognitive disorders considered mild. **Conclusion** : The results of this research lead to the conclusion that the intervention of the occupational therapist in the evaluation phase of the chemobrain would be relevant in complementarity with the neuropsychological tests.

**Key words** : occupational therapist - ecological assessment - Perceive, Recall, Plan and Perform (PRPP) - occupational performance and occupational engagement - complementary - neuropsychological tests