



**Mémoire d'initiation à la recherche :**

**L'ergothérapeute comme acteur de la  
prévention du déséquilibre  
occupationnel des femmes en  
rémission du cancer du sein, après  
leur réinsertion professionnelle**

Mémoire d'initiation à la recherche

DUBOIS Léa

Promotion 2019 - 2022

SEENE Marc

Maître de mémoire

# Charte anti – plagiat



## Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation. Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport. C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

### Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »<sup>1</sup>.

### Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

### Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation<sup>2</sup> et du Code pénal<sup>3</sup>, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

### Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e ..... DUBOIS Léa .....

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à Evreux ..... Le 11/05/2012 signature

<sup>1</sup> Site Université de Gœulve <http://www.unige.ch/sev/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

<sup>2</sup> Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

<sup>3</sup> Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.





## Remerciements

Avant de débiter ce mémoire, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue et apporté leur aide pendant l'élaboration de ce travail.

En premier lieu, je tiens à remercier mon maître de mémoire pour son accompagnement tout au long de cette année ; et pour ses précieux conseils qui m'ont permis de finaliser ce projet.

Je tiens à saluer l'équipe pédagogique de l'IFE de La Musse pour leur présence et leur accompagnement tout au long de ces trois années. Je remercie également les ergothérapeutes pour le temps qu'ils m'ont accordé et leur partage d'expériences.

Je remercie également mon amie d'enfance Emma pour tous ses conseils et son soutien au cours de cette année. Ma famille et mes amis pour leur soutien sans faille et leurs encouragements.

Enfin, je tiens particulièrement à remercier ma famille Mussienne pour ces trois années passées à vos côtés qui m'ont fait grandir. Pour votre joie et nos moments de rire, même lorsque nous étions loin les uns des autres. Mais aussi pour votre soutien tout au long de ces études et plus particulièrement durant la réalisation de ce mémoire.

Pour terminer, j'ai une pensée toute particulière pour ma tante qui m'a encouragée à devenir ergothérapeute et pour qui je n'ai rien lâché.

*« Je ne cherche pas à connaître les réponses, je cherche à comprendre les questions »*

(Les entretiens de Confucius, par Confucius)

# Table des matières

Liste des abréviations.....	1
I. Introduction .....	1
II. Cadre contextuel .....	2
III. Cadre conceptuel .....	4
1) Cancer du sein .....	4
1.1 Anatomie du sein .....	4
1.2 Définition .....	4
1.3 Traitements .....	5
1.4 Différence guérison/ rémission.....	5
2) L'après cancer du sein .....	6
2.1 Symptômes physiques .....	7
2.2 Symptômes cognitifs .....	7
2.3 Symptômes psychiques .....	8
3) Répercussions dans les occupations .....	8
4) Réinsertion professionnelle .....	9
4.1 Définition .....	9
4.2 L'importance du retour à l'emploi après la maladie .....	9
5) Ergothérapie.....	11
5.1 Valeurs de l'ergothérapie .....	11
5.2 La place de l'ergothérapie en oncologie.....	11
5.3 La place de l'ergothérapie dans l'après cancer .....	12
6) L'équilibre occupationnel.....	13
6.1 Définition .....	13
6.2 Le déséquilibre occupationnel lié au retour à l'emploi .....	13
7) Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH.).....	14
7.1 Description .....	14
7.2 L'Être occupationnel.....	14

7.3 L'agir occupationnel.....	15
7.4 L'adaptation occupationnelle .....	15
7.5 Lien du modèle avec le sujet .....	16
8) L'après cancer en France .....	17
9) L'accompagnement de la réinsertion professionnelle après un cancer .....	18
IV. Cadre expérimental.....	19
1) La problématique .....	19
1.1 La question de recherche .....	19
1.2 Les hypothèses de recherche.....	19
2) La méthodologie de recherche .....	20
3) La technique de recueil de données.....	21
3.1 Outil utilisé : l'entretien semi-directif .....	21
3.2 Population visée .....	22
4) L'entretien.....	22
4.1 Elaboration du guide d'entretien .....	22
4.2 Prise de contact avec les professionnels.....	23
4.3 Professionnels interrogés .....	23
4.4 Passation des entretiens .....	24
5) Résultats.....	24
5.1 L'équilibre occupationnel .....	25
5.2 Les difficultés impactant l'équilibre occupationnel .....	25
5.3 L'accompagnement en ergothérapie dans la réinsertion professionnelle ....	27
5.4 L'utilisation des mises en situation écologiques.....	28
5.5 L'apparition d'effets secondaires tardifs.....	29
5.6 La mise en place d'un suivi en ergothérapie dans l'année suivant la reprise professionnelle .....	29
6) Discussion .....	31
6.1 Conclusion des résultats.....	31



6.2 Retour sur les hypothèses.....	34
6.3 Biais et limites de l'enquête.....	35
6.4 Perspectives.....	36
6.5 Projection professionnelle.....	37
V. Conclusion.....	38
Bibliographie.....	
ANNEXES.....	

## Liste des abréviations

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

IEV : Inventaire de l'Equilibre de Vie

MES : Mise En Situation

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

PPAC : Programme Personnalisé Après Cancer

PPS : Programme Personnalisé de Soins

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

WFOT: World Federation of Occupational Therapists

## I. Introduction

Le cancer du sein est une pathologie répandue dans la population et plus particulièrement chez les femmes. Les progrès réalisés au niveau des traitements ces dernières années ont permis une augmentation du nombre de guérison. Cependant, bien que de plus en plus de personnes surmontent l'épreuve qu'est le cancer, la période de rémission n'est parfois pas de tout repos. En effet, de nombreux effets secondaires aux traitements peuvent apparaître et impacter la réalisation de leurs occupations et ainsi leur qualité de vie. Parmi les domaines pouvant être impactés, la reprise du travail s'avère comme étant l'une des problématiques les plus souhaitées par ces femmes. Cependant, la réinsertion professionnelle, bien que réalisée, peut ne pas s'avérer réussie. En effet, un retour au travail mal préparé peut épuiser la personne et amener ainsi à de nouvelles difficultés, tel qu'un déséquilibre occupationnel chez l'individu. Ce dernier pourra notamment impacter la réalisation des occupations en dehors de la journée de travail.

L'ergothérapeute est un professionnel pouvant intervenir dans la période de rémission. A ce jour, leur intervention est davantage orientée sur la récupération fonctionnelle et le retour à domicile. Cependant, c'est un professionnel également compétent pour intervenir dans le processus de réinsertion des individus. En effet, comme défini dans le référentiel de compétences de l'ergothérapeute, il doit être capable de « *mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale* » (BO Santé – protection sociale, 2010). Ces éléments ont donc amené à se questionner sur l'intervention de l'ergothérapeute dans la réinsertion professionnelle des femmes en rémission d'un cancer du sein.

La première partie de cet écrit visera à exposer le cadre contextuel expliquant les raisons de l'émergence de ce sujet jusqu'à la question de départ. Ensuite, le cadre conceptuel sera présenté afin de définir les mots clés entourant cette recherche. Dans une troisième partie, il sera exposé le cadre expérimental présentant la question de recherche et les hypothèses émanant du cadre conceptuel. Cette partie mettra également en avant la méthodologie entourant l'enquête, l'analyse des résultats ainsi que la discussion. Dans cette dernière, les biais et les limites de l'enquête seront décrits. Enfin, ce travail se terminera par la présentation de la conclusion.

## II. Cadre contextuel

Cette partie a pour but d'expliciter le contexte d'émergence de ce sujet. Par conséquent pour une question de cohérence, elle sera rédigée avec le pronom « je ».

Pour la réalisation de mon mémoire de fin d'études, j'ai décidé d'aborder le thème de la prise en soin en ergothérapie des personnes en rémission d'un cancer du sein. Ce thème trouve son origine de diverses recherches scientifiques que j'ai effectuées sur mon temps libre, lorsque je m'interrogeais sur l'exercice du mémoire de fin d'études. Dès le début, j'ai orienté mes recherches vers le domaine de l'oncologie car l'implication et le rôle de l'ergothérapeute dans ce dernier me questionnaient. En effet, je n'arrivais pas à percevoir de quelles manières un ergothérapeute pouvait être bénéfique pour ce type de population. Pourtant, les personnes atteintes d'un cancer ne sont pas des cas isolés. Effectivement, il a été estimé que 382 000 nouveaux cas de cancers ont été diagnostiqués en 2018 en France Métropolitaine (INCa, s.d.). De plus, bien que pendant les années 2000 la première cause de décès en France était attribuée aux maladies cardiovasculaires, c'est aujourd'hui le cancer qui présente ce triste record, en étant la première cause de décès chez l'homme et la seconde chez la femme en France (Santé Publique France, s.d).

Après quelques recherches sur le lien entre l'ergothérapie et l'oncologie, j'ai été intéressée par un article de Florence Gravel-Lemieux (2018) qui mettait en lumière les difficultés que peuvent rencontrer des personnes guéries d'un cancer, qu'elles soient émotionnelles, physiques ou fonctionnelles. En effet, je ne m'étais jamais interrogée sur le devenir des personnes considérées par le corps médical comme guéries de leur cancer. Par la suite, le reste de l'article m'a d'autant plus interpellé puisqu'il alertait sur le fait qu'un grand nombre de ces personnes se sentent en quelque sorte « abandonnées » par le corps médical, qu'elles trouvent davantage orienté vers la guérison de la maladie que sur les effets secondaires aux traitements (Jakobsen et al., 2018). Plus que cela, elles ont l'impression que les professionnels ne reconnaissent même pas ces difficultés (Crist, 2013 cité dans Gravel-Lemieux, 2018).

Parmi toutes les recherches menées afin de mieux comprendre l'impact des effets secondaires de la maladie sur la vie quotidienne de ces personnes, la question du retour au travail est prépondérante. En effet, selon l'enquête VICAN 5 (2018), une

enquête réalisée par l'Institut National du Cancer, une femme sur cinq par exemple ne reprendrait pas le travail un an après la fin des traitements contre un cancer du sein.

En tant que future ergothérapeute, le questionnement autour du retour au travail a attiré mon attention. En effet, avoir un travail est une activité productive qui va permettre aux individus de mettre en avant leurs compétences, de s'approprier un rôle dans la société mais également de subvenir financièrement à leurs besoins et/ou à ceux de leur entourage. Cette occupation peut alors se présenter comme une activité aussi bien significative que signifiante, lui conférant un statut particulier dans la vie de l'individu.

Par ailleurs, pour continuer mon travail de recherche, j'ai décidé de m'orienter spécifiquement sur la rémission du cancer du sein. En effet, m'intéressant à une thématique de réinsertion, j'ai décidé de choisir un cancer dont le taux de survie est supérieur à 80% 5 ans après le diagnostic (Santé Publique France, s.d.), mais également qui se présente comme le cancer le plus répandu chez la femme. Effectivement, en 2018, 58 459 nouveaux cas de cancer du sein ont été diagnostiqués chez les femmes en France (Santé Publique France, s.d.).

A travers mes différentes recherches, j'ai pu lire « Everyday life in breast cancer survivors experiencing challenges : a qualitative study » de Jakobsen et al. (2018), une étude mettant en avant les témoignages de plusieurs femmes sur leurs difficultés quotidiennes, en lien avec la fin de leur traitement contre le cancer du sein. A travers cette étude, la question du retour du travail était abordée, renforçant mon impression quant à l'importance de cette occupation dans la vie de ces personnes. Dans cette partie, le récit d'une femme illustre le déséquilibre occupationnel qu'elle vit depuis qu'elle est retournée au travail. En effet, ce dernier lui demande tant d'énergie, qu'elle a été, contre sa volonté, dans l'obligation d'abandonner le reste de ses occupations. Cette situation m'a interpellée tant la notion d'équilibre occupationnel est centrale en ergothérapie.

Finalement, c'est tout naturellement que j'ai été amené à me demander **« comment l'ergothérapeute peut-il participer au maintien de l'équilibre occupationnel, des femmes en rémission d'un cancer du sein, après un retour au travail ? »**

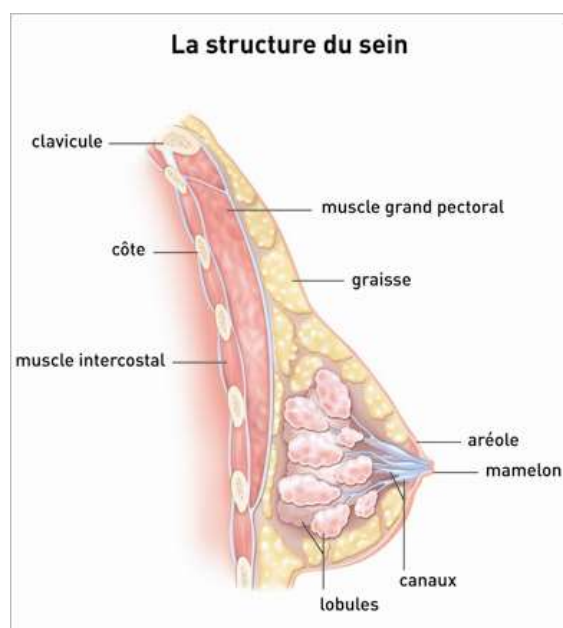
### III. Cadre conceptuel

#### 1) Cancer du sein

##### 1.1 Anatomie du sein

Chaque sein, ou glande mammaire, est constitué d'environ 15 ou 20 compartiments entourés de tissu adipeux et d'un mamelon. Pour chaque compartiment, nous allons retrouver des lobules qui vont avoir pour rôle de produire le lait et des canaux dont le rôle sera de transporter le lait jusqu'au mamelon (Assurance Maladie, s.d.).

Par ailleurs, le sein va également contenir des vaisseaux lymphatiques et des ganglions, présents pour lutter contre les infections. Ces derniers vont être retrouvés au niveau de l'aisselle, au-dessus et en dessous de la clavicule et à l'intérieur du thorax et en dessous du sternum. On parlera alors respectivement de ganglions axillaires, sus-claviculaires, sous claviculaires et enfin mammaires internes (INCa, s.d.).



Institut National du Cancer, s.d.

##### 1.2 Définition

D'après l'Institut National du Cancer (s.d.), « *un cancer du sein résulte d'un dérèglement de certaines cellules qui se multiplient et forment le plus souvent une masse appelée tumeur.* » Cette tumeur que l'on va qualifier de « maligne » peut apparaître dans toutes les cellules du sein et va envahir les tissus voisins pour les détruire (Société Canadienne du Cancer, s.d.).

Les cellules cancéreuses peuvent aussi bien rester dans le sein que se propager dans d'autres parties du corps, où on parlera alors de métastases (INCa, s.d.). L'adénocarcinome, qui se développe dans les cellules épithéliales de la glande mammaire représente 95% des cancers du sein (INCa, s.d.).

### 1.3 Traitements

Il n'existe pas un traitement pré-défini pour traiter un cancer du sein, le choix de la thérapeutique va en effet dépendre des caractéristiques de la tumeur et des objectifs visés (Haute Autorité de Santé, 2010). Ces derniers peuvent être « *la suppression de la tumeur, la réduction du risque de récurrence, le ralentissement du développement de la tumeur ou encore l'amélioration du confort et de la qualité de vie de la personne malade* » (INCa, s.d.).

Plusieurs traitements sont envisageables pour parvenir à ces différents objectifs, tels que la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie, l'hormonothérapie et les thérapies ciblées (Haute Autorité de Santé, 2010).

Dans la plupart des cas, un seul type de traitement ne suffira pas et la combinaison de plusieurs moyens thérapeutiques sera envisagée pour mener à la guérison de l'individu, après une analyse précise de la situation (INCa, s.d.).

### 1.4 Différence guérison/ rémission

Dans le cas du cancer, qu'il soit localisé dans le sein ou ailleurs, il semble important de distinguer les termes de guérison et de rémission, concepts proches mais pourtant différents.

D'après la Fondation contre Le Cancer (s.d.), « *une guérison c'est la disparition complète et définitive d'une maladie. En cancérologie, cela signifie qu'après un délai suffisant sans rechute [...] le cancer est définitivement éliminé* ». Cependant, les cancers et les individus étant tous différents, le terme de guérison semble être mobilisé différemment selon les situations et les acteurs. Il semble donc plus prudent de dire que la notion de « guérie du cancer » ne peut avoir une définition précise et dépendra des individus et de l'histoire de leur maladie. Plus encore, il semblerait que dans le domaine de l'oncologie, on ne puisse jamais réellement parler de guérison définitive avec certitude (Ménoret, 2018).

Au terme de guérison il semble donc important de distinguer celui de rémission, qui semble plus nuancé et faire donc consensus sur le questionnement posé par le terme de « guérison » (Ménoret, 2018). Toujours selon la Fondation contre le Cancer, « *un patient est dit en rémission, si lors des examens médicaux, on ne décèle plus aucune cellule cancéreuse dans son organisme. Mais on ne parle de guérison qu'après un certain délai supplémentaire [...] en général, quand la rémission dure depuis 3 à 5 ans* ». Dans le cas des cancers du sein, la période de 5 ans suffit pour parler de rémission, cependant il existe certains cas de cancer du sein où la rechute peut avoir lieu au-delà de 20 ans (Fondation contre le Cancer, s.d.).

Au cours de cette période, les rendez-vous médicaux vont considérablement être réduit même si un suivi de surveillance va être mis en place (Winand, cité dans Fondation contre le Cancer, s.d.). Généralement, le suivi va être prévu de la façon suivante, deux rendez-vous par an pendant 5 ans, puis un rendez-vous par an au-delà des 5 années de rémissions (INCa, s.d.). Cette planification peut cependant changer selon les situations cliniques. En effet, pour un cancer à haut risque de récurrences, les rendez-vous pourront être rapprochés pendant les 5 premières années suivant l'arrêt des traitements (Cochet et al., 2008).

Cette accalmie des rendez-vous médicaux en lien avec la fin des traitements, permet à la femme de prendre conscience des épreuves qu'elle a vécues. Elle va également s'interroger et analyser les changements entre la personne qu'elle était avant la maladie et la personne qu'elle est après (Sedda, 2006).

## 2) L'après cancer du sein

Que l'on utilise le terme de guérison ou de rémission, la période suivant la fin des traitements est une période charnière qui n'est pas simple à vivre pour les individus. En effet, les traitements utilisés au cours de la phase curative vont pouvoir entraîner des difficultés qu'elles soient mentales ou physiques (Brearley et al., 2011 cité dans Hwang et al., 2015), et donc amener les personnes en rémission à faire face à de nouveaux défis (Jakobsen et al., 2018). En effet, selon l'enquête VICAN 5 (2018) 63,5% des personnes guéries souffrent de séquelles dues au cancer et/ ou aux traitements.



Patricia Crist (2013) évoque même un sentiment de « *bénédictions en partie déguisées* » pour parler de cette période de transition entre les soins et le retour à la vie d'avant maladie, qui n'a parfois plus rien à voir avec ce qu'elle était.

En effet, les traitements pour lutter contre un cancer du sein vont entraîner des effets à court terme, mais ils pourront également être responsables d'effets secondaires plus tardifs. Ces derniers apparaîtront dans la plupart des cas quelques jours à quelques semaines après la fin des traitements, mais dans certains cas ils pourront être retrouvés jusqu'à plusieurs mois après la fin des traitements (INCa, s.d.). Ces effets secondaires dépendront des individus et pourront être présents peu importe les types de traitements utilisés (INCa, s.d.).

## 2.1 Symptômes physiques

Après un traitement pour un cancer du sein, la femme va pouvoir rencontrer différents effets secondaires d'ordre physique. Le symptôme le plus souvent retrouvé, et toujours présent plusieurs années après la fin des traitements, est une fatigue intense (Jakobsen et al., 2018). En dehors d'être le symptôme le plus retrouvé, c'est également l'un des symptômes les plus difficile à gérer. Il s'apparente à un manque d'énergie totale, une sensation de lourdeur (National Cancer Institute, 2021). Cette fatigue peut apparaître après une radiothérapie, une chimiothérapie (INCa, s.d.) et de l'hormonothérapie (National Cancer Institute, 2021).

De nombreux autres symptômes physiques peuvent également émerger tels que des troubles du sommeil, un lymphœdème (Jakobsen et al., 2018), une réduction de la force ou encore une perte d'amplitude articulaire du bras (Baxter et al., 2021).

## 2.2 Symptômes cognitifs

Outre les symptômes d'ordre physique, les traitements contre le cancer du sein pourront entraîner des répercussions d'ordre cognitif. Ces difficultés semblent se manifester davantage après un traitement de chimiothérapie mais sont également présentes après une radiothérapie ou de l'hormonothérapie (Morel et al., 2010). Notamment, les femmes vont verbaliser des troubles de l'attention et de la concentration, ainsi que des troubles de la mémoire (Jakobsen et al., 2018). Plus spécifiquement, les activités en double tâche semblent complexes et de manière

générale, elles évoquent un ralentissement de la pensée. On parlera de « *chemobrain* » pour parler de tous ces troubles cognitifs, ou autrement dit une sensation de « *brouillard cognitif* » (Morel et al., 2010).

### 2.3 Symptômes psychiques

Les différents traitements contre le cancer du sein vont également entraîner des répercussions au niveau psychique. Notamment, l'image corporelle de la femme pourra être perturbée. En effet, les changements physiques induits par les traitements, tels que la chirurgie par exemple, pourront être vécus comme une atteinte à leur féminité. Les femmes expriment notamment moins aimer leur corps et se sentir moins attirantes. Cette atteinte de l'image corporelle pourra notamment avoir un impact sur les relations intimes et sexuelles (Jakobsen et al., 2018).

De manière générale, les femmes en rémission d'un cancer du sein « *éprouvent un certain mal-être à l'issue des traitements* » (Sedda, 2006) avec notamment des sensations de stress et d'anxiété. Elles ressentent par exemple « *une peur de la récurrence, un sentiment de vide et d'abandon, une prise de conscience que rien ne sera plus comme avant, une perte de confiance envers son propre corps* », ce qui impacte de façon importante leur qualité de vie (Sedda, 2006).

### 3) Répercussions dans les occupations

Par occupations, on entend toutes les activités qu'une personne va réaliser au quotidien pour s'accomplir dans sa vie (WFOT, 2012).

Les femmes en rémission d'un cancer du sein sont sujettes à une importante fatigue qui va les empêcher de réaliser avec efficacité toutes leurs activités de vie quotidienne. La performance occupationnelle des activités de la vie quotidienne est également impactée par les problèmes de dépression (Crist, 2013) et les symptômes cognitifs que vont pouvoir présenter les femmes en rémission du cancer du sein. Notamment, elles éprouvent des difficultés dans la gestion de leur foyer ou de leur vie professionnelle et n'ont plus la capacité d'avoir les mêmes responsabilités qu'avant la maladie (Jakobsen et al., 2018). Généralement, ces symptômes ne sont pas pris en compte et entraînent une diminution de la qualité de vie de ces femmes (Morel et al., 2010).

De plus, les différents symptômes secondaires à la maladie peuvent entraîner une perte d'occupation. En effet, voyant leurs capacités impactées, les femmes en rémission d'un cancer du sein vont vouloir éviter certaines occupations qu'elles avaient l'habitude de faire, afin de ne pas se confronter à leurs difficultés. Les activités sociales notamment vont en être impactées (Jakobsen et al., 2018).

#### 4) Réinsertion professionnelle

##### 4.1 Définition

Selon Lourdais (2004) cité dans Barroso (2019), la réinsertion professionnelle correspond à « *l'action d'introduire à nouveau la personne au niveau professionnel* », après une longue maladie ou un autre évènement qui aurait éloigné l'individu de son milieu professionnel (Lourdais, 2004 cité dans Barroso, 2019). Selon Barroso (2019), il existerait deux types de réinsertion professionnelle, celle dans le poste précédent l'arrêt et celle dans un poste différent. La réinsertion professionnelle est un milieu dans lequel l'ergothérapeute est amené à intervenir (SIFEF, s.d.).

Selon le type de réinsertion professionnelle, c'est-à-dire dans l'emploi précédent ou dans un poste différent, l'intervention de l'ergothérapeute pourra être différente, avec des aménagements de poste de travail ou la construction d'un projet professionnel adapté par exemple (Barroso, 2019).

##### 4.2 L'importance du retour à l'emploi après la maladie

Pour les femmes en rémission d'un cancer du sein, le travail est vu comme une activité signifiante (Jakobsen et al., 2018) qui va leur permettre de retrouver un sentiment de compétence et de contrôle qu'elles ont parfois perdu pendant les traitements (Stergiou-Kita et al., 2016 cité dans Gravel-Limieux, 2018). En effet, selon l'enquête VICAN 5 (2018), avant la maladie l'activité professionnelle est une occupation essentielle et majeure dans la vie d'une personne active. Par conséquent, pour ces femmes, retourner au travail après leur maladie va leur permettre de retrouver une « *vie normale* » (Gallardo et al., 2012), leur identité ainsi que de récupérer leur rôle de personne active professionnellement (Jakobsen et al., 2018). Plus que cela encore, le retour au travail leur permettra de se prouver à elles-mêmes mais aussi aux membres de leur entourage qu'elles sont guéries (Gallardo et al., 2012).

Par ailleurs, le lieu de travail va offrir aux personnes en rémission un espace libre où ces personnes vont, le temps de quelques heures, oublier leurs difficultés (Jakobsen et al., 2018).

La réinsertion professionnelle va également permettre à ces individus de retrouver un cercle social (Stergiou-Kita et al., 2016 cité dans Gravel-Limieux, 2018), qui a été en quelque sorte perdu pendant la période des traitements.

De plus, la maladie ayant un coût, il n'est pas rare que les personnes ayant eu un cancer présentent par la suite des difficultés financières, ce qui accroît le besoin de retourner au travail (Sharp et al., 2018 cité dans Gravel-Limieux, 2018).

En outre, la question du retour à l'emploi après un cancer est déjà étudiée depuis quelques années. Dès le premier plan national de lutte contre le cancer, appelé « plan cancer 2003-2007 », l'une des mesures concernait le développement des mesures d'aide au retour à l'emploi (INCa, 2003).

Plus tard, les problématiques de l'après cancer et du retour à l'emploi ont continué à être développées dans les deux plans cancer suivants. Dans le plan cancer 2009-2013, le dernier axe intitulé « vivre pendant et après un cancer » a pour objectif d'« améliorer la qualité de vie pendant et après la maladie et combattre tout forme d'exclusion ». A l'intérieur de cet axe, la mesure 25 a notamment permis la création du « programme personnalisé de l'après cancer » (PPAC). Il est la continuité du « plan personnalisé de soins » (PPS) et comprend notamment « tous les éléments liés à réinsertion » (INCa, 2009). La question de la réinsertion professionnelle est davantage développée dans la mesure 29, qui met en avant l'importance, pour les personnes ayant eu un cancer, de retourner rapidement au travail. Pour répondre à cette problématique, le plan cancer 2009-2013 a évoqué la mise en place obligatoire d'une visite de pré reprise avec un médecin du travail (INCa, 2009).

Par la suite, le plan cancer 2014-2019 a continué à développer la thématique de la réinsertion professionnelle avec l'objectif 9, dont la visée est d'accorder une « priorité au maintien et au retour à l'emploi », mais également de mieux connaître les difficultés liées à l'après cancer (INCa, 2014).

## 5) Ergothérapie

### 5.1 Valeurs de l'ergothérapie

L'ergothérapie est une profession dont la pratique va être basée et orientée sur la capacité de l'individu à réaliser ses occupations (WFOT, 2010). Par occupation, l'ergothérapeute entend tout ce que va faire une personne dans sa vie de tous les jours, aussi bien ses loisirs, ses activités de vie quotidienne que ses activités de productivité ; ceci dans « *un contexte temporel, physique et socio-culturel* » (Kielhofner, 2008 cité dans Kolarik, 2017). Cette profession va se baser sur l'idée que l'humain va avoir « *un besoin inné de s'engager dans les occupations* » et ces occupations vont influencer la santé et le bien-être des individus (WFOT, 2010).

Pour répondre à ces principes, l'ergothérapie va se fonder sur une philosophie humaniste et placer l'individu au centre de la pratique en ergothérapie, qu'on définira comme une pratique centrée sur le client. Par ce terme, on entend que le professionnel va intégrer l'individu à son suivi en basant la pratique ergothérapique sur ses besoins (Sumsion, 2006 cité dans Meyer, 2010) grâce à une vision globale du client. Il va s'intéresser à la personne que le client est, ses besoins, ses occupations et l'environnement dans lequel les occupations vont être réalisées (Meyer, 2010). Ces fondements théoriques vont permettre à l'ergothérapeute d'être qualifié pour intervenir aussi bien dans les processus « *d'adaptation, de réadaptation* » que « *d'intégration sociale des personnes* » (ANFE, 2021).

### 5.2 La place de l'ergothérapie en oncologie

Par sa définition, l'ergothérapeute va avoir un champ d'actions très large et pourra donc intervenir auprès des personnes ayant un cancer. Dans le milieu de l'oncologie, il va notamment aider les personnes à se réadapter dans leur vie personnelle et donc indirectement contribuer à leur réinsertion dans leur milieu professionnel (INCa, s.d.).

L'ergothérapie est une profession qui a sa place dans l'intervention des personnes atteintes d'un cancer. En effet, « *elle s'appuie sur une prise en charge globale de la personne ; particulièrement adaptée dans le contexte plurifactoriel de l'expérience du cancer, qui implique une prise en compte aussi bien de la dimension sociale, économique, organisationnelle qu'individuelle, familiale ou technique* » (Soum-

Pouyalet et al., 2018). De plus, l'ergothérapie par son approche « client-centré » et systémique, va correspondre aux objectifs des plans cancer, comme le développement des soins centrés sur le patient du plan cancer 2003-2009 (INCa, 2003) ou encore la mise en place d'un diagnostic individualisé et d'une médecine personnalisée du plan cancer 2014 – 2019 (Soum-Pouyalet et al., 2018).

Par ailleurs, par son approche spécifique, il va « *conférer au patient la capacité de mener ses occupations et de remplir ses rôles dans la variété et la spécificité des environnements dans lesquels il vit* » (Meyer, 2007 cité dans Soum-Pouyalet et al., 2018). Par exemple, il pourra utiliser des mises en situation (MES) écologiques qui permettront une réalisation de l'activité en situation concrète (Delapierre, 2017).

### 5.3 La place de l'ergothérapie dans l'après cancer

Les femmes en rémission d'un cancer du sein vont rencontrer différentes répercussions d'origine psychologique, physique, cognitive ou encore fonctionnelle (Crist, 2013). Toutes ces difficultés, propres à chacune, vont entraîner des répercussions qui vont impacter la qualité de vie des individus (Morel et al., 2010) et la réalisation des occupations (Jakobsen et al., 2018). Les ergothérapeutes pourront intervenir pour permettre à ces personnes d'avoir une satisfaction dans la réalisation de leurs occupations (Hwang et al., 2015 cité dans Baxter et al., 2017). En effet, la vision systémique et globale de l'ergothérapeute va permettre de proposer à la personne un suivi personnalisé et adapté à ses difficultés d'ordre unique (Soum-Pouyalet et al., 2018). Notamment, ces professionnels ont la capacité à analyser le fonctionnement de la personne du point de vue de ses difficultés physiques mais également des facteurs psychosociaux et environnementaux qui vont influencer la personne (Gravel-Lemieux, 2018). Plus précisément, il a été prouvé l'intérêt de l'ergothérapie dans « *le domaine des activités productives, en particulier la réadaptation au travail [...] tant en santé physique qu'en santé mentale* » (Lemoignan et al., 2010 cité dans Gravel-Lemieux, 2018).

Pourtant malgré la réelle plus-value de l'ergothérapie pour cette population, le suivi en ergothérapie des personnes en rémission d'un cancer reste très peu répandu, bien que les individus soient en demande. En effet, une étude faite aux Etats-Unis a révélé que sur 87% de personnes en rémission d'un cancer qui ressentaient le besoin d'un

suivi en ergothérapie, seulement 32% avait rencontré un ergothérapeute dans les deux années suivant le diagnostic (Pergolotti et al., 2014 cité dans Baxter et al., 2017). Dans ce contexte, des problématiques propres à la vision de l'ergothérapie et pourtant présentes chez les femmes en rémission d'un cancer du sein ne semblent pas être prise en charge.

## 6) L'équilibre occupationnel

### 6.1 Définition

L'équilibre occupationnel est un concept clé en ergothérapie qui se présente comme un équilibre dans les occupations qui va mener au bien-être de la personne (Wilcock, 2006 cité dans Wagman et al., 2012) et qui se présentera comme une « perception de l'individu d'avoir le bon nombre d'occupations et la bonne variation entre les occupations » (Wagman, et al., 2012). Plus précisément, il s'agira d'un équilibre entre les trois domaines d'occupations : les soins personnels, les activités productives et les activités de loisirs (Backman, 2004).

Cependant, malgré cette définition, le concept d'équilibre occupationnel reste complexe à définir en raison du caractère subjectif qu'il présente. En effet, la perception de l'individu de son équilibre occupationnel sera influencée par sa culture, ses valeurs ainsi que les attentes environnementales (Backman, 2004).

### 6.2 Le déséquilibre occupationnel lié au retour à l'emploi

Le retour à l'emploi est un objectif central dans la période de l'après-cancer. Si beaucoup de femmes en rémission d'un cancer du sein éprouve des difficultés pour se réinsérer professionnellement (Stergiou-Kita et al., 2016 cité dans Gravel-Lemieux, 2018), certaines personnes arrivent à retourner au travail, parfois même à temps complet (Jakobsen et al., 2018).

Cependant, atteindre cet objectif n'est pas forcément signe de bonne nouvelle et peut présenter des risques délétères pour la santé de l'individu. En effet, la journée de travail va dans certains cas demander tellement d'énergie à la personne, que cette dernière n'aura plus la capacité de réaliser les autres occupations de son quotidien par la suite. Cette situation de déséquilibre entre les activités de loisirs et productives est alors mal vécue par les personnes. En effet, elles ont conscience que la meilleure

alternative pour préserver leur santé semble être de quitter leur emploi. Cependant, cette possibilité se présente parfois comme trop difficile et douloureuse pour ces femmes, qui se retrouvent alors dans une situation sans solution (Jakobsen et al., 2018).

Pour apporter la meilleure des réponses à ces situations uniques, il est nécessaire de prendre en compte la personne dans sa globalité et d'analyser tous les facteurs constituant la situation de l'individu.

## 7) Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH.)

### 7.1 Description

Le Modèle de l'Occupation Humaine ou MOH est un modèle conceptuel en ergothérapie créé par Gary Kielhofner, basé sur une vision holistique et client-centré. Il met en avant l'interaction entre la personne, l'environnement et l'occupation. Ce modèle est formé de trois parties, qui sont l'être occupationnel ou la personne, l'agir occupationnel correspondant à ce que fait la personne, et enfin l'adaptation occupationnelle que la personne développera au cours de ses expériences de vie. Tous ces éléments sont en interaction constante avec l'environnement, qu'il soit physique, social ou occupationnel (CRMOH Université Laval, s.d.).

### 7.2 L'Être occupationnel

L'Être occupationnel va être formé de plusieurs éléments qui sont la volition, l'habituatation et la capacité de rendement.

La volition peut être définie comme la motivation de la personne pour réaliser ses occupations. Ce paramètre pourra être influencé par les intérêts de la personne, ses valeurs et ses déterminants personnels, c'est-à-dire ce que la personne pense pouvoir réussir. C'est par ailleurs le processus volitionnel qui régit les décisions et les choix occupationnels de l'individu.

De son côté, l'habituatation pourra être définie comme l'organisation des occupations d'un usager. Cette dernière va être favorisée par ses rôles et ses habitudes.

Enfin, la capacité de rendement va correspondre aux capacités physiques et mentales, du point de vue objectif mais aussi subjectif. En d'autres termes, le MOH va également



mettre l'importance sur la façon dont la personne va vivre son corps (CRMOH Université Laval, s.d.).

### 7.3 L'agir occupationnel

Tout comme l'être occupationnel, l'agir occupationnel va être divisé en trois parties qui vont former un ensemble. Tout d'abord, il va y avoir la participation qui correspond au simple fait de réaliser une occupation quelle qu'elle soit et l'engagement qu'aura la personne dans cette participation. Elle va regrouper toutes les occupations qu'elle va pouvoir réaliser au cours de sa vie. Ensuite, le rendement va faire référence à la réalisation d'une tâche de la participation, telle qu'elle est expliquée ci-dessus. Enfin les habiletés sont les derniers éléments formant l'agir occupationnel. Ces dernières correspondent à des actions motrices, opératoires ou de communication et d'interaction, dirigées vers un but (CRMOH Université Laval, s.d.).

### 7.4 L'adaptation occupationnelle

La réalisation des occupations d'un individu, selon les éléments de l'être occupationnel et de l'agir occupationnel, vont développer son adaptation. Cette dernière va être constituée de l'identité occupationnelle, de la compétence occupationnelle ainsi que l'impact environnemental. L'identité occupationnelle se présente comme la personne qu'est l'individu mais également à la personne qu'il souhaiterait devenir. Cette identité va par conséquent influencer les actions futures de l'utilisateur.

Par ailleurs, la compétence occupationnelle va correspondre à la « *mise en action de l'identité occupationnelle* » (CRMOH Université Laval, s.d.). Autrement dit, un individu va s'engager dans des comportements selon son identité occupationnelle. Finalement, tous les éléments de l'adaptation occupationnelle vont émerger de l'interaction de toutes les composantes du modèle, décrites précédemment, et par conséquent elle va se développer tout au long de la vie de l'individu (CRMOH Université Laval, s.d.). Le schéma complet du modèle peut être retrouvé en ANNEXE I.

## 7.5 Lien du modèle avec le sujet

Le MOH est un modèle qui analyse la personne et ses occupations de façon globale, en prenant en compte aussi bien les habiletés et les capacités de rendement de la personne, les éléments constitutifs de son identité (valeurs, rôles, intérêts) que les caractéristiques de son environnement. Selon la philosophie du MOH, tous ces éléments vont s'influencer et modifier la manière dont l'individu va vivre et réaliser ses occupations (CRMOH Université Laval, s.d.). Cette idéologie correspond aux défis posés par la rémission du cancer et notamment au caractère très individualisé des difficultés vécues par la personne et par conséquent l'importance des prises en charge personnalisées qui doit en résulter (Soum-Pouyalet et al., 2018).

Par ailleurs, lorsqu'on vise à maintenir l'équilibre occupationnel d'une personne, il est nécessaire d'analyser la situation de manière complète, avec ses envies et ses besoins en termes d'occupations. En effet, la notion d'équilibre occupationnel est avant tout subjective (Backman, 2004), l'individu doit verbaliser ce qu'il souhaite et ce qui est important pour lui. Dans ce contexte-là, le modèle du MOH se présente comme étant adapté, puisqu'il met en avant la nécessité d'identifier les rôles, les valeurs et les intérêts de l'être occupationnel.

En outre, pour aider une femme en rémission d'un cancer du sein à réaliser ses occupations en maintenant son équilibre occupationnel, il va être nécessaire d'analyser ses habiletés et sa capacité de rendement, afin de lui proposer un accompagnement adapté. Il a notamment été mis en avant qu'un cancer du sein pouvait induire un changement dans la façon dont la femme va percevoir son corps après la maladie, pouvant par conséquent impacter sa participation aux occupations (INCa, 2018). Un exemple pouvant illustrer ce problème est le fait de ne plus sortir avec ses amis par peur du regard des autres (Jakobsen et al, 2018).

Finalement, ces éléments permettent de faire un lien évident entre la pratique ergothérapique et les problématiques posées par la période de rémission d'un cancer du sein, et ainsi de justifier le suivi en ergothérapie de cette population de femmes.

## 8) L'après cancer en France

Le suivi de la période de l'après cancer en France est une problématique au cœur des réflexions scientifiques. Le plan cancer 2009-2013 a notamment présenté l'expérimentation d'un nouveau programme appelé Programme Personnalisé de l'Après Cancer (PPAC). Ce dernier se place dans la continuité du Programme Personnalisé de Soins et a pour objectif le suivi après le cancer. Il vise à prévenir les risques de rechute ou de second cancer et à accompagner la réinsertion. Ce programme comprend donc un suivi médical, un accès aux soins de support et un accompagnement social. Ces différentes interventions vont offrir une prise en charge des séquelles. Plusieurs professionnels sont cités dans les soins de support, tels que le kinésithérapeute, le diététicien ou encore le psychologue. Cependant, l'ergothérapie n'est pas présente dans les exemples de suivis en soins de support (INCa, 2012).

Bien que la plus-value de l'ergothérapeute auprès des femmes en rémission d'un cancer du sein soit réelle, peu d'établissements en France proposent un accompagnement en ergothérapie pour ces femmes. Peu ne veut pas dire pas et il existe notamment un institut spécialisé dans l'après cancer dont l'objectif est d'accompagner la personne dans sa reconstruction et la réappropriation de sa vie quotidienne après la période du cancer (Toledano, s.d.). Pour ce faire, l'établissement propose un ensemble de soins dont l'ergothérapie fait partie. Les objectifs du suivi en ergothérapie seront, d'une part de permettre à la personne de réaliser ses activités de la vie quotidienne en améliorant ses capacités ; et d'autre part de faciliter sa participation aux activités en réduisant « *les exigences environnementales* » (Institut Rafaël, 2018).

Par ailleurs, un programme de recherche dont l'objectif est la mise en place d'une clinique de soins de support pour l'après cancer est également en développement. L'objectif de cette dernière est d'accompagner les femmes en rémission d'un cancer du sein dans la transition entre la fin des traitements et la période de rémission. Pour mener à bien cette mission, le programme prévoit le recours à des soins de support pour ces femmes, cependant il n'est pas précisé si l'ergothérapie en fera partie ou non (Institut Gustave Roussy, 2020). A noter que plusieurs hôpitaux proposent également un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) post cancer où un ergothérapeute est parfois présent. Ce type de programme est porté sur la

réadaptation dans la vie quotidienne où la problématique de la réinsertion professionnelle est abordée.

#### 9) L'accompagnement de la réinsertion professionnelle après un cancer

Outre les programmes d'ETP où la réinsertion professionnelle peut être évoquée, des organismes ou systèmes accompagnent plus particulièrement cette thématique. Ces accompagnements peuvent être suivis par des femmes en rémission d'un cancer du sein, même s'ils ne sont pas spécifiques à cette population.

L'association Comète France est un réseau national qui accompagne « *des patients, dès la phase d'hospitalisation, dans la construction d'un projet professionnel compatible avec leur état de santé* » (Comète France, s.d.). Pour pouvoir mettre en place les actions Comète, les établissements de soins doivent disposer d'une unité d'insertion socioprofessionnelle en adhérent au réseau. De nombreux professionnels sont amenés à intervenir dans le cadre d'un accompagnement par le réseau comète, dont l'ergothérapeute fait partie (Comète France, s.d.).

Par ailleurs, d'autres éléments plus spécifiques peuvent exister selon les structures. Un établissement hospitalier a par exemple mis en place des consultations d'aide à la reprise du travail après un cancer. Ces dernières sont effectuées par le médecin du travail, une assistante sociale et une psychologue (CHU de Rouen, s.d.).

Le médecin du travail est d'ailleurs un acteur incontournable de la réinsertion professionnelle. Peu importe la structure ou l'organisme effectuant l'accompagnement au retour au travail, il sera nécessaire que l'individu rencontre un médecin du travail. Le rôle de ce professionnel est en outre d'assurer un suivi médical individuel qui est obligatoire dans le cadre d'une reprise après une maladie. Il peut également organiser des visites de pré-reprise, dans le cadre d'un aménagement de poste de travail par exemple, mais ces dernières sont facultatives (Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion, 2021). La préparation au retour au travail ne peut donc pas se faire sans une collaboration avec le médecin du travail.

En outre, comme il l'a été démontré plus haut, l'ergothérapeute ne fait pas toujours parti des professionnels accompagnant la réinsertion professionnelle, bien qu'une réelle plus-value de cette profession dans cette thématique ait été déjà mise en avant.

Enfin, même si plusieurs systèmes sont déjà mis en place pour accompagner à cette réinsertion, il semblerait que les femmes en rémission d'un cancer du sein ne soient pas assez accompagnées dans l'évaluation de leur situation (Stergiou-Kita et al., 2016) pour proposer un retour au travail adapté (Stergiou-Kita et al., 2015 cité dans Gravel-Lemieux, 2018). Cette situation peut être à l'origine d'un déséquilibre occupationnel, tel qu'il l'a été montré tout au long de ce cadre conceptuel.

#### IV. Cadre expérimental

##### 1) La problématique

###### 1.1 La question de recherche

Toutes les recherches menées au cours du cadre conceptuel ont mené tout naturellement à se poser la question de recherche suivante :

**« Comment l'ergothérapeute peut-il prévenir le déséquilibre occupationnel des femmes en rémission d'un cancer du sein, après leur retour au travail ? »**

###### 1.2 Les hypothèses de recherche

La définition du cadre conceptuel a permis de mettre en avant les problématiques posées par la période de rémission du cancer du sein. Parmi ces dernières, il a été explicité que les femmes concernées rencontrent des difficultés à maintenir un équilibre de vie satisfaisant. Le déséquilibre occupationnel secondaire à la maladie peut notamment apparaître après un retour au travail puisque cette occupation va utiliser toute l'énergie de ces femmes, qui n'auront plus la capacité de maintenir leurs loisirs notamment. L'un des éléments expliquant cette situation semble être un manque de préparation et d'accompagnement à la réinsertion professionnelle, une étape importante et souvent rencontrée par les femmes en rémission.

L'ergothérapeute est un professionnel qui est souvent amené à réaliser des mises en situation (MES) écologiques, c'est-à-dire des mises en situation se rapprochant le plus possible de l'environnement de la personne. Celles-ci permettent notamment de se rendre compte des capacités et incapacités de l'utilisateur en conditions presque réelles, ainsi que de recueillir également son ressenti sur la réalisation de l'occupation.

Par conséquent, ce moyen permet à l'ergothérapeute de savoir sur quoi orienter ou réorienter son suivi, pour que ce dernier corresponde le plus possible aux besoins de la personne. Les MES écologiques, pour répondre totalement à la définition de l'ergothérapie, doivent avoir lieu après que l'ergothérapeute ait réalisé une évaluation globale et complète de la personne, de son environnement, de ses besoins et envies.

La première hypothèse sera donc : **L'utilisation de mises en situation écologiques du milieu de travail de la femme en rémission du cancer du sein, par l'ergothérapeute à la fin des traitements, permet de prévenir les situations de déséquilibres occupationnels liées à la réinsertion professionnelle.**

Par ailleurs, la situation de la personne en rémission d'un cancer du sein va parfois être amenée à évoluer, avec une apparition d'effets secondaires quelques semaines à quelques mois après la fin des traitements. Par conséquent, les besoins et les difficultés de la personne peuvent changer et les éléments mis en place avec l'ergothérapeute à la fin des traitements peuvent ne plus être d'actualité et nécessiter une réévaluation.

La seconde hypothèse sera donc : **Un suivi régulier en ergothérapie sur la première année suivant le retour au travail permet de prévenir les situations de déséquilibres occupationnels.**

## 2) La méthodologie de recherche

Pour confirmer ou réfuter les deux hypothèses et ainsi apporter une réponse à la problématique, il a été choisi de mettre en place une méthode qualitative ainsi qu'une approche hypothético-déductive. En effet, la rédaction du cadre conceptuel a permis de faire émerger une question de recherche puis des hypothèses de recherche.

Par ailleurs, l'objectif n'est pas de « *quantifier ou mesurer* » mais de « *répertorier des données verbales* » (Aubin-Auger et al, 2008). Plus précisément, cette méthode va mettre en avant l'expérience de la personne interrogée, particulièrement intéressante pour juger de la pertinence des hypothèses et ainsi y apporter une réponse.

Plusieurs méthodes de recueil de données peuvent être utilisées dans le cadre d'une méthode qualitative telles que des observations ou des entretiens, qu'ils soient directifs, semi-directifs ou ouverts (Sawadogo, 2021).

L'objectif de l'enquête menée ici est d'évaluer l'intérêt et la pertinence ; d'une part de l'utilisation de MES écologiques à l'entrée de la période de rémission ; et d'autre part de la mise en place d'un suivi en ergothérapie dans l'année suivant la réinsertion professionnelle. Ces deux moyens étant utilisés dans un but de prévenir le déséquilibre occupationnel des femmes en rémission d'un cancer du sein, après leur retour au travail.

### 3) La technique de recueil de données

#### 3.1 Outil utilisé : l'entretien semi-directif

Pour mener à bien cette enquête, il a été décidé de réaliser des entretiens semi-directifs. L'entretien semi-directif s'apparente à une conversation entre le chercheur et l'interrogé. Il est moins structuré qu'un questionnaire ou des entretiens directifs, même s'il est construit en suivant un guide d'entretien réalisé au préalable. Ce dernier est structuré par des questions, le plus souvent ouvertes, reprenant les grands thèmes de ce que le chercheur souhaite démontrer. Lors de la passation de l'entretien, le chercheur ne suit pas forcément l'ordre des questions tel qu'il l'a construit dans le guide. En effet, c'est un moyen qui va faire appel à la réactivité du chercheur qui doit rebondir sur les réponses de l'interviewé, tout en gardant en tête les éléments qu'il souhaite démontrer (Imbert, 2010).

L'entretien semi directif semblait être l'outil le plus adapté au sujet traité ici. En effet, l'ergothérapie étant peut répandue dans le domaine de l'après cancer, il y avait un risque que les professionnels rencontrent parfois des difficultés pour répondre aux questions selon les situations. Par conséquent, il fallait se préparer à l'éventualité de devoir reformuler les questions ainsi qu'à utiliser celles de relance ; ce qui n'est pas possible dans le cadre d'un questionnaire.

Par ailleurs, l'objectif de cette enquête est bien d'avoir un vrai dialogue avec les professionnels, afin d'échanger sur leurs expériences et le lien qu'il peut être fait avec la thématique étudiée. Cette donnée renforce l'explication du choix méthodologique fait.

## 3.2 Population visée

La population ciblée par les entretiens semi directifs a été définie grâce à des critères d'inclusion. Les personnes pouvant être interrogées doivent donc être des ergothérapeutes diplômés d'Etat francophones. Il a été décidé de s'intéresser à une population francophone et non pas seulement française afin d'avoir plus de chances de trouver des professionnels pouvant répondre aux questions. En effet, comme il l'a été déjà évoqué précédemment, la pratique de l'ergothérapie dans le domaine dans l'après cancer en France reste très peu répandue.

Par ailleurs, ces ergothérapeutes doivent travailler auprès de personnes en rémission d'un cancer et en âge de travailler, pour être éligible à l'entretien. Il a été décidé de ne pas restreindre la recherche à une pratique auprès de femmes en rémission d'un cancer du sein, afin de se donner plus de chances pour trouver des professionnels.

Finalement, en dehors de ces critères, les ergothérapeutes recherchés peuvent travailler dans tous les types de structures, peu importe leurs actions menées dans ces dernières. Il importe seulement qu'ils aient l'expérience d'une pratique ergothérapique auprès de personnes en rémission d'un cancer.

## 4) L'entretien

### 4.1 Elaboration du guide d'entretien

Pour réaliser les entretiens semi-directifs et ainsi répondre aux hypothèses de recherche et à la problématique, un guide d'entretien a été réalisé en amont. Ce dernier a été construit selon trois grandes thématiques. La première partie consiste à poser le contexte de la pratique de l'ergothérapeute auprès des femmes en rémission d'un cancer du sein mais également le contexte de la recherche. L'intérêt de ces premières questions sont non seulement de poser le sujet mais également de comprendre la pratique du professionnel, afin de mieux interpréter et orienter les questions suivantes. La seconde partie consiste à s'interroger sur l'utilisation de MES écologiques dans le cadre de la réinsertion professionnelle, afin d'apporter une réponse à la première hypothèse. Enfin, la dernière partie est orientée de façon à échanger sur la présence d'effets secondaires plus tardifs et l'intérêt d'un suivi en



ergothérapie à plus long terme, dans le but de répondre cette fois à la seconde hypothèse. Le guide d'entretien peut être retrouvé en ANNEXE II.

Selon ces trois orientations différentes, un guide d'entretien composé de dix questions principales a été réalisé. De plus, des questions de relance ont également été envisagées et rédigées afin de redynamiser l'entretien et de rebondir si besoin.

Par ailleurs, afin de rester cohérent avec la méthode qualitative et l'approche hypothético-déductive choisies, les questions sont le plus possible ouvertes. Ce format de questions permet entre autres d'ouvrir la discussion et de laisser les ergothérapeutes exprimer leurs idées et de recueillir davantage leur expérience.

#### 4.2 Prise de contact avec les professionnels

Une fois le guide d'entretien élaboré, il a été nécessaire de contacter des ergothérapeutes répondant aux critères d'inclusion afin de réaliser l'enquête. Plusieurs moyens ont été utilisés. Dans un premier temps, un message exposant le sujet de l'enquête et le profil d'ergothérapeute recherché a été publié sur les réseaux sociaux ; plus particulièrement sur plusieurs groupes de professionnels ergothérapeutes. Par la suite, plusieurs ergothérapeutes ont été contactés par mail ou par téléphone directement. Les contacts de ces derniers ont pu être obtenus grâce à des recherches internet effectuées au cours de la rédaction du cadre conceptuel.

La prise de contact avec les professionnels a d'abord été réalisée sur la France uniquement, puis par manque de réponses elle a été agrandie aux pays en partie francophones tels que la Suisse et le Québec.

#### 4.3 Professionnels interrogés

À la suite des différentes prises de contact, il y a finalement quatre ergothérapeutes, trois femmes et un homme, qui ont répondu favorablement à la demande d'entretien. Pour faciliter la rédaction et la compréhension, les ergothérapeutes interrogés seront nommés ici par la lettre E suivi d'un numéro. Quatre ergothérapeutes ayant été interrogés, il y aura donc E1, E2, E3 et enfin E4.

Trois des professionnels interrogés (E2, E3 et E4) travaillent spécifiquement avec les femmes en rémission d'un cancer du sein. E3 et E4 les rencontrent dans le cadre d'un programme d'ETP post cancer. L'objectif de ce programme est la réadaptation

aux activités de la vie quotidienne, dont le retour à la vie professionnelle. Pour ce faire, le programme est construit selon un rythme proche d'une journée de travail en temps partiel. En effet, les femmes viennent quatre demi-journées entières par semaine. A noter que E3 rencontre également cette population dans son second poste correspondant à de la formation professionnelle pour des personnes percevant la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH).

Concernant E2, elle a pratiqué auprès des femmes en rémission d'un cancer du sein dans un cadre hospitalier, même si aujourd'hui ce n'est plus sa pratique actuelle.

Quant à E1, il est amené à intervenir auprès de femmes en rémission d'un cancer du sein dans un milieu hospitalier, même si ce n'est pas l'essentiel de la population qu'il rencontre en réadaptation oncologique.

Le profil plus détaillé des ergothérapeutes interrogés peut être retrouvé en ANNEXE III.

#### 4.4 Passation des entretiens

Avant de réaliser les entretiens, le consentement des professionnels a été recueilli par un formulaire de consentement, conformément à la loi JARDE du 2 mars 2012. (ANNEXE IV)

Les entretiens se sont déroulés par appel téléphonique ou appel vidéo. La raison principale de ce choix de passation réside dans la différence de localisations géographiques qui ne permettait pas une rencontre physique. Ensuite, le choix entre le téléphone ou l'appel vidéo a été réalisé par les ergothérapeutes, selon leur préférence. Leur durée est comprise entre 20 et 30 minutes. Ils ont été menés le plus possible selon les mêmes critères. Plus précisément, les participants ont reçu au préalable de l'entretien une explication sur le thème du sujet afin qu'ils aient une idée précise de ce qui allait être abordé. De plus, le guide d'entretien ne leur a pas été envoyé afin d'avoir des réponses spontanées et non préparées, notamment concernant leur connaissance sur la notion d'équilibre occupationnel.

#### 5) Résultats

Une fois réalisés, les entretiens ont été retranscrits afin de permettre leur analyse. Pour réaliser cette dernière, les réponses des ergothérapeutes ont été classées selon

six grandes catégories qui suivent et reprennent les thématiques de construction du guide d'entretien :

- L'équilibre occupationnel
- Les difficultés impactant l'équilibre occupationnel
- L'accompagnement en ergothérapie
- L'apparition d'effets secondaires tardifs
- La mise en place d'un suivi en ergothérapie dans l'année suivant les traitements

L'analyse s'est faite selon ces catégories, et non pas question par question, car des informations de thèmes similaires pouvaient être retrouvées dans plusieurs questions différentes. Finalement, c'est un document classant par couleur les réponses de chaque ergothérapeute dans les différentes thématiques qui a été réalisé, afin de faciliter la comparaison des informations. Ce document peut être retrouvé en ANNEXE V. L'analyse réalisée a permis de faire émerger les informations suivantes.

### 5.1 L'équilibre occupationnel

Tous les professionnels ont eu la capacité de donner une définition de l'équilibre occupationnel proche de ce qui a été défini dans le cadre conceptuel. Ils sont en accord pour dire que l'équilibre occupationnel correspond à un équilibre entre toutes les occupations d'une personne où « *il ne faut pas que la personne se tue à la tâche* » (E1). E1 et E2 précisent que cet équilibre est individuel, subjectif et donc différent chez chaque individu. Il sera défini « *en fonction de nos souhaits, de nos attentes encore une fois et de nos valeurs* » (E2). En addition, il importe pour E3 et E4 que cet équilibre procure du plaisir et de la satisfaction chez l'individu. Par ailleurs, E1 précise c'est une thématique qui est au cœur des problématiques rencontrées par les femmes en rémission d'un cancer du sein. L'explication de cet élément sera développée dans le point suivant.

### 5.2 Les difficultés impactant l'équilibre occupationnel

Les ergothérapeutes ont su relever plusieurs difficultés vécues par les femmes en rémission d'un cancer du sein qui impactent leur équilibre occupationnel. Trois des ergothérapeutes interrogés (E2, E3, et E4) déclarent qu'une importante fatigabilité est le symptôme le plus impactant pour l'équilibre occupationnel de ces femmes, élément qui est « *sous-évalué et sous pris en compte* » (E2). Cette fatigue peut être aussi bien

physique que mentale et selon les professions exercées, la fatigue mentale peut même être plus importante que celle physique (E3). De son côté E4 précise qu'après les premières journées dans le programme d'ETP, elles ont besoin de faire une sieste en rentrant ou de se coucher tôt le soir. Elle explique également que malgré la fatigue, ces femmes arrivent encore à s'occuper de leur vie domestique après la journée d'ETP mais que cela est plus compliqué concernant la pratique de loisirs. E3 précise que la reprise des loisirs n'est que très peu voire pas prise en charge, ce qui constitue un manque pour elle. E3 et E4 pensent d'ailleurs que les loisirs sont le domaine d'occupation qui est le plus impacté par le déséquilibre occupationnel. En comparaison, pour E2 il n'y a pas de domaine d'occupation qui est plus impacté par le déséquilibre occupationnel, il peut y avoir une répercussion sur toutes les catégories d'activités.

A l'inverse, E1 ne considère pas la fatigue comme étant la plus impactante, même s'il l'évoque comme un symptôme secondaire aux problèmes de sensibilité, qui sont pour lui la raison première du déséquilibre occupationnel. Notamment, ils vont entraîner des douleurs qui vont impacter la participation aux occupations et engendrer de la fatigabilité.

Outre la fatigue, qu'elle soit liée à une autre difficulté ou non, d'autres symptômes ayant un impact sur l'équilibre occupationnel ont pu être mis en évidence. E1 et E3 évoquent qu'il peut par exemple y avoir une diminution fonctionnelle du membre supérieur, même si selon E4 cette difficulté est de moins en moins présente grâce à une amélioration des traitements. Quant à E2 et E3, elles rajoutent également l'impact des troubles cognitifs sur l'équilibre occupationnel, surtout du point de vue de l'attention et de la concentration. Enfin, E2 et E4 abordent l'atteinte qu'il peut y avoir chez ces femmes de l'image de soi et une dévalorisation, qui peut aussi bien empêcher la reprise d'occupation ou impacter la réalisation même de l'occupation. Par exemple, E4 explique que certaines femmes, parce qu'elles n'ont plus de gros traitements, vont penser qu'elles doivent retourner au travail comme avant. Or, E4 verbalise ici son importance pour elle d'offrir un accompagnement à ces femmes pour qu'elles ne se retrouvent pas dans une situation professionnelle inadaptée.

De manière plus générale, face à leurs difficultés ces femmes vont souvent s'interroger sur comment retrouver un rythme satisfaisant dans leurs occupations et vont verbaliser leur souhait de reprendre le travail (E3). De la même façon, E4 précise

que le retour au travail est une demande présente chez les femmes dès la réalisation du diagnostic éducatif partagé à l'entrée du programme d'ETP. Par conséquent, l'accompagnement en ergothérapie pour la réinsertion professionnelle de ces femmes sera détaillée dans le point suivant.

### 5.3 L'accompagnement en ergothérapie dans la réinsertion professionnelle

Parmi les professionnels interrogés, E3 est le seul professionnel à accompagner des femmes en rémission d'un cancer du sein dans le retour à l'emploi ; même si les femmes rencontrées par E4 sont dans une situation similaire au retour à l'emploi, en raison de la structure du programme d'ETP. Par ailleurs, E1 qui pratique en Suisse a précisé que la réinsertion professionnelle était une action réalisée par l'Assurance Invalidité (AI), par conséquent il n'est pas amené à effectuer cette mission.

Cependant, peu importe leur pratique, tous les professionnels estiment qu'il y a un réel intérêt d'un accompagnement à la réinsertion professionnelle en ergothérapie auprès de ces femmes-là. En effet, E2 explique que l'ergothérapeute est un professionnel clé de la réadaptation ; ce dont ont besoin ces femmes. *« Il y a un avant et un après, ce n'est jamais comme avant, mais il y a un après et cet après il peut s'aménager, il peut se préparer »* (E2). Il va notamment permettre pour E1 de faire le lien entre la vie professionnelle et la vie personnelle en s'assurant que l'ensemble fonctionne.

Il faut surtout mettre en avant que cette préparation est une réelle demande éprouvée par la plupart de ces femmes (E3 et E4). Pour E3 et E4, c'est un professionnel qui va avoir dans un premier temps un rôle d'éducation. Il va permettre aux personnes de se rendre compte de leurs limites mais aussi de leurs capacités (E3) mais il va aussi les aider à gérer leur quotidien (E4). Outre l'aspect éducatif, E2 et E3 évoquent l'apport de l'ergothérapie du côté de l'aménagement du poste de travail. Pour E2, tout le suivi autour du retour au travail doit être abordé assez tôt avec les femmes en rémission d'un cancer. En effet, elle pense qu'il ne faut pas attendre le dernier moment pour amener la personne à se projeter dans la réinsertion professionnelle. Le point suivant développera donc par quels moyens la préparation au retour au travail peut être effectuée.

#### 5.4 L'utilisation des mises en situation écologiques

Pour trois ergothérapeutes sur quatre (E1, E2 et E3), les MES écologiques sont considérées comme étant essentielles et le cœur du métier d'ergothérapeute. Pour E1, « *c'est l'idéal, ce pourquoi on prône l'ergothérapie* ». En effet, ce moyen permet d'avoir une vision holistique de la situation (E1 et E2) avec une évaluation de l'environnement (E1) et de la façon dont la personne réalise ses activités (E3). De cette façon, ce moyen permet d'évaluer les besoins de la personne dans un cadre concret (E3). Par ailleurs, l'utilisation de MES écologiques permet également d'évaluer les effets d'un aménagement ou d'une préconisation quelle qu'elle soit (E1 et E3). Deux des professionnels interrogés (E3 et E4) ont eu la capacité de verbaliser un réel intérêt de mettre ces femmes en situation. En effet, dans le cadre de l'accompagnement à la formation professionnelle, les femmes en post cancer rencontrées par E3 sont dans une mise en situation réelle de travail puisqu'elles effectuent des stages professionnels. Quant à E4, le programme d'ETP dans lequel elle exerce est construit comme dit précédemment sur le rythme d'un emploi à mi-temps. Par conséquent, même si le contenu du programme n'est pas orienté sur du professionnel, la structure de ce dernier les met en situation réelle. Ainsi, par leur expérience, E3 et E4 expliquent que ce moyen permet effectivement dans un premier temps d'avoir un réel retour sur les aménagements mis en place grâce aux réévaluations. Puis, dans un second temps il va aider la personne à se réhabituer, d'un côté au rythme de la journée lors d'une activité professionnelle, puis d'un autre à toute l'organisation qui découle de cette activité. Pour E3 et E4, au bout de quelques semaines, les personnes sont capables de mieux gérer les horaires de la journée. Les effets mis en avant par E3 et E4 sont notamment en lien avec le symptôme de la fatigue, expliqué précédemment.

Cependant, E1 et E2 apportent un point de vigilance et expliquent que pour parler réellement de MES écologique, il faut que cette dernière soit réalisée après une évaluation globale de la personne et de tous les composants de son occupation. De plus, elle doit vraiment être effectuée dans l'environnement de la personne, ce qui n'est pas toujours le cas selon E1 et E2, notamment dans le cadre hospitalier. De plus, E2 rajoute qu'une MES écologique est un processus long, qui se doit d'être répété plusieurs fois pour être efficace. « *Moi je ne crois pas qu'un simple « one shot » où on va avec la personne sur son lieu de travail, où on va avec la personne à domicile un quart d'heure, on lui fait faire des choses mais de manière très artificielle [...] je ne pense pas que ça suffise* » verbalise E2. E3 partage cet avis et explique que plusieurs

réévaluations de la situation sont nécessaires pour apprécier l'intérêt et l'efficacité des compensations et stratégies mises en place. Ces éléments permettent de se poser la question de l'intérêt d'un suivi en ergothérapie à plus long terme, comme il l'a été soulevé lors de la rédaction du cadre conceptuel. Cette problématique sera d'ailleurs développée dans les deux points suivants.

#### 5.5 L'apparition d'effets secondaires tardifs

Selon E1, E2 et E4, la situation des femmes en rémission d'un cancer du sein peut effectivement évoluer en raison d'effets secondaires apparaissant plus tardivement. Cependant, il n'est pas possible de donner un délai d'apparition, cette donnée étant très variable d'une personne à une autre. De la même manière, il n'y a pas un symptôme qui est plus retrouvé qu'un autre dans cette situation. Quand E1 évoque des problèmes de sensibilité, E2 parle elle de l'apparition d'un lymphœdème ou d'une plus grande fatigabilité par exemple. Concernant E3, elle ne peut répondre réellement à cette question, car elle ne possède pas cette information, même si elle pense qu'effectivement c'est quelque chose qui peut arriver. Cependant, elle explique qu'il ne faut pas négliger l'impact de l'hormonothérapie, parfois encore présente pendant les cinq années de rémission, comme cause de l'apparition de ses effets secondaires. Finalement, E1 est le seul professionnel à avoir suivi des patientes à plus grandes distances de la fin de leur traitement, en raison de l'apparition de nouvelles difficultés. Il déclare d'ailleurs que c'est une situation assez fréquente, mettant en avant la présence d'un vrai enjeu qui sera développé dans le point suivant.

#### 5.6 La mise en place d'un suivi en ergothérapie dans l'année suivant la reprise professionnelle

Tous les professionnels interrogés sont en accord pour dire qu'un suivi en ergothérapie à plus long terme serait intéressant. E2 déclare qu'il y aurait pour elle un réel effet sur l'équilibre occupationnel, d'autant qu'un déséquilibre peut déjà apparaître sans le retour à l'emploi. D'autant plus que E4 explique que c'est une vraie demande de la part de certaines patientes d'avoir une continuité de suivi sur plusieurs mois. Cependant, E4 émet un point de vigilance concernant cette donnée. Effectivement, pour elle il paraît difficile d'interpréter si la demande donne suite à une réelle problématique ou si ces femmes recherchent la part de convivialité. Plus précisément, elle explique qu'au moment de la rémission, « elles se sentent lâchées » et ce genre de programme leur permet de se sentir soutenues.

Par ailleurs, E3 s'est elle-même interrogée sur cette question. En effet, dans le cadre de son suivi en formation professionnelle, elle explique qu'il n'est pas rare que les personnes profitent de la présence de l'ergothérapeute pour évoquer des difficultés plus larges que seulement l'activité professionnelle. Par conséquent, elle s'est demandé comment toutes les femmes qu'elles ne rencontrent pas en formation professionnelle faisaient pour affronter leurs difficultés.

Cependant, bien que l'intérêt d'un suivi soit démontré, trois des professionnels interrogés ont fait émerger des points de vigilance.

Tout d'abord E1 et E3 se posent la question de comment financer ce projet et par quelles structures il pourrait être mis en place. Plutôt les milieux hospitaliers ou les milieux professionnels ?

Par ailleurs, E1 et E4 pensent que ce suivi devrait être réalisé au cas par cas et non pas en systématique. Dans un premier temps, il ne faut pas surcharger les structures (E1), puis dans un second temps il ne faut pas que la personne se sente forcée dans cette démarche. Effectivement, E1 et E4 expliquent que toutes les femmes ne seraient pas forcément preneuses d'un tel suivi. Après les traitements, elles ressentent parfois le besoin de s'éloigner des structures hospitalières ou tout simplement de tourner la page à l'épreuve qu'a été le cancer. E4 illustre ces propos en disant que peu de femmes intègrent le programme d'ETP par rapport au nombre de personnes qui en auraient besoin. De cette façon, même si elles rencontrent des difficultés, elles ne voudront pas forcément être accompagnées (E4). D'autant plus, qu'il paraît important de souligner que cette recherche se construit sur la notion d'équilibre occupationnel, il importe donc que le suivi soit un choix de la part de ces femmes.

En réponse à ces questions, plusieurs solutions ont été proposées par les professionnels. Dans un premier temps, le médecin oncologue pourrait orienter ses patientes vers l'ergothérapeute de la structure s'il relève une problématique au cours des consultations de suivi. A noter que cette solution implique que l'ergothérapeute sensibilise le médecin à ses missions si ce n'est pas le cas (E1). Dans un second temps, ce suivi pourrait également être assuré par un ergothérapeute libéral (E1).

De son côté, E3 évoque qu'elle trouverait cela intéressant la mise en place de consultations post cancer pluridisciplinaires, et non pas seulement en ergothérapie, pour pallier les difficultés de toutes sortes que peuvent rencontrer les femmes pendant la phase de rémission.



Concernant E2, elle explique que les difficultés apparaissant tardivement correspondent à toute « *la problématique de la prise en soin de ces personnes atteintes de cancer* » ; d'où l'importance d'un suivi sur la durée (E2). Par conséquent, elle pense que l'ergothérapie devrait faire partie des professions intégrées au suivi post cancer de cinq ans.

## 6) Discussion

La partie précédente a permis d'exposer les résultats obtenus par les différents entretiens. L'objectif est de s'interroger sur ces résultats au regard du cadre conceptuel rédigé en amont, ainsi que d'apporter une réponse aux objectifs de recherche. Par ailleurs, une réflexion critique autour de cette recherche sera apportée, en exposant en outre les biais et les limites de cette dernière. Enfin, la projection occupationnelle en lien avec ce travail sera abordée.

### 6.1 Conclusion des résultats

L'analyse de ces quatre entretiens a permis de mettre en avant plusieurs points. Tout d'abord, tous les professionnels sont en accord pour dire que les femmes en rémission d'un cancer du sein font face, pendant cette période, à de nombreuses difficultés qui impactent leur équilibre occupationnel. La fatigabilité semble pour E2, E3 et E4 être le premier symptôme causant ce déséquilibre, ce qui coïncide avec les données mises en avant dans le cadre conceptuel. En effet, selon une étude, 80% des personnes interrogées et traitées par chimiothérapie ressentent une fatigue après les traitements qui impacte, selon leur dire, négativement la réalisation de leurs occupations (Hofman et al., 2007 cité dans Garg, 2010).

Concernant l'équilibre occupationnel, les professionnels ont su donner une définition proche de celle établie dans le cadre conceptuel. En effet, c'est pour eux un équilibre entre toutes les occupations (E1, E2, E3 et E4) qui doit procurer une satisfaction et du plaisir chez l'individu (E3 et E4). Par ailleurs, E1 et E2 précisent que c'est un terme individuel et subjectif, défini « *en fonction de nos souhaits, de nos attentes encore une fois et de nos valeurs* » (E2).

Cet équilibre peut être en effet perturbé, notamment en raison d'une fatigabilité, d'autant plus importante lors d'un retour au travail, qui est « *sous-évaluée et sous prise en compte* » (E2). Cette dernière, comme vu dans le cadre conceptuel, semble davantage impacter les loisirs que les autres domaines d'occupations selon E3 et E4.

En complément, E3 rajoute que par ailleurs, les loisirs ne sont peu voire non pris en charge, « *c'est vraiment ce qui se passe en dernier [...] c'est eux qui le font tout seul* » (E3). Par ailleurs, les réponses des quatre professionnels convergent pour dire qu'un déséquilibre occupationnel peut déjà être présent avant un retour au travail, en raison des nombreuses répercussions des traitements.

En outre, comme il l'a été mis en avant lors du cadre conceptuel, les femmes semblent peu accompagnées en ergothérapie dans leur réinsertion professionnelle. En effet, sur les quatre professionnels interrogés, aucun n'accompagne spécifiquement la femme en rémission d'un cancer du sein dans son retour au travail. Seulement E3 peut rencontrer cette population pour une thématique de réinsertion professionnelle, mais dans un cadre particulier de la RQTH. Or, pour obtenir cette reconnaissance, il faut être reconnu travailleur handicapé. Ceci peut se faire automatiquement si la personne possède l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) ou par une demande formulée directement auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) (Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion, 2021). Par conséquent, seulement une petite part de femmes pouvant la recevoir ou en faire la demande sont concernées par le cadre de pratique de E3.

Concernant la notion de MES écologiques, il peut être relevé une différence entre la définition établie dans le cadre conceptuel ; qui fait état des lieux d'une MES se rapprochant le plus possible de l'environnement de la personne ; et la définition apportée par les ergothérapeutes. En effet, pour E1 et E2, les MES, pour répondre au terme d'écologie, doivent être réalisées dans l'environnement de la personne, et non pas juste s'en rapprocher. E1, E2 et E3 rajoutent par ailleurs que ce moyen est le cœur du métier d'ergothérapeute et pour être efficace il doit être répété et réévalué plusieurs fois (E2 et E3).

Au niveau de l'accompagnement au retour au travail, ce moyen permet à la personne de se rendre compte de ses capacités et de ses limites mais aussi de se réhabituer au rythme et à l'organisation liés à une activité professionnelle (E3 et E4). Du fait de leurs expériences, E3 et E4 observent une réelle amélioration des capacités des femmes après quelques semaines, en lien majoritairement avec la fatigabilité. Cependant, selon la définition établie par E1 et E2, peut-on considérer les exemples de la pratique de E3 et E4 comment étant des MES écologiques. En effet, selon Guilhard (2007), les MES pour être écologiques doivent s'effectuer « *avec une vraie*

*activité et dans la vraie vie* ». Ce dernier critère n'est pas réellement rempli, puisque le programme ETP ou la formation professionnelle ne sont pas l'environnement professionnel de la personne. Cependant, puisque la démarche ergothérapeutique a toujours dans ces situations, « *pour visée un lieu de vie et donc un contexte* » (Guilhard, 2007 cité dans Grès, 2017), ces dernières peuvent être considérées comme étant des mises en situations écologiques.

Enfin concernant les effets secondaires apparaissant plus tardivement, E1, E2 et E4 sont en accord avec les données du cadre conceptuel et verbalisent que c'est effectivement un cas de figure qui peut se produire. E1 ajoute également que les femmes confrontées à cette situation sont loin d'être des cas isolés. Cependant, aucun de ces trois professionnels ne peut donner avec précision un délai d'apparition ou un type de symptômes revenant le plus, ces données étant trop variables d'une personne à l'autre.

Par conséquent, pour tous les professionnels, un suivi en ergothérapie dans l'année suivant la reprise semble intéressant. D'autant plus qu'une continuité de prise en charge peut se présenter comme une vraie demande formulée par les femmes en rémission d'un cancer. Cependant, de nombreuses questions subsistent quant à la réalité du terrain. Pour commencer, du point de vue de la demande d'un suivi émanant de ces femmes, E4 nuance ses propos et explique qu'elle ne relève pas forcément de la présence de difficultés. En effet, comme mis en avant dans le cadre conceptuel, il n'est pas rare qu'au moment de la rémission, les femmes « *se sentent lâchées* » (E4) par le corps médical. Dans ce contexte, la présence d'un rassemblement, tel que de l'ETP par exemple, se présente comme un groupe auquel se raccrocher ; ainsi il est parfois difficile de quitter cette part de convivialité (E4).

Par ailleurs, E1 et E3 s'interrogent sur la façon de financer un tel projet. De leurs côtés, E1 et E4 pensent que ce suivi ne peut être mis en place de façon systématique car cela risquerait de surcharger les structures (E1). De plus, toutes les femmes ne seraient pas forcément preneuses d'une telle démarche. En effet, après la maladie certaines personnes souhaitent s'éloigner du monde médical afin de tourner la page à cette épreuve, même si les difficultés sont présentes (E4). Quelques solutions ont été évoquées par les professionnels, comme le fait de sensibiliser le médecin oncologue à l'ergothérapie pour qu'il oriente, au cours des consultations de suivi, les patients vers les ergothérapeutes si le besoin se manifeste (E1). Par ailleurs, le suivi pourrait être

également assuré par un ergothérapeute en libéral (E1) ou par des réunions pluridisciplinaires (E3).

## 6.2 Retour sur les hypothèses

Deux hypothèses de recherche ont été posées à la suite de la rédaction du cadre conceptuel.

Pour rappel, la première hypothèse est la suivante : L'utilisation de mises en situation écologiques du milieu de travail de la femme en rémission du cancer du sein, par l'ergothérapeute à la fin des traitements, permet de prévenir les situations de déséquilibres occupationnels liées à la réinsertion professionnelle.

Cette hypothèse peut être validée. En effet, comme il l'a été démontré, les MES écologiques vont permettre à la personne d'être mieux préparée au rythme de travail et à l'organisation qui entoure l'activité professionnelle. De cette manière, la personne ressentira moins de fatigabilité et sera plus enclin à réaliser les occupations qu'elle souhaite une fois rentrée chez elle.

La seconde hypothèse est : Un suivi régulier en ergothérapie sur la première année suivant le retour au travail permet de prévenir les situations de déséquilibres occupationnels.

Cette hypothèse est validée du point de vue des bénéficiaires. Cependant, cette validation doit être nuancée car l'hypothèse ne peut être mise en place selon la réalité du terrain aujourd'hui. En effet, bien que les professionnels trouvent cette démarche intéressante et justifiée, deux des professionnels (E1 et E4) sur les quatre interrogés pensent que ce suivi ne doit pas être systématique. Par ailleurs, trop d'interrogations subsistent autour d'un tel procédé. Principalement, il se pose la question du financement de ce projet et par quelles structures le mettre en place. Quelques pistes ont été abordées par E1 et E3 mais ces points restent une ébauche de solutions et mériteraient donc d'être davantage approfondis.

Bien évidemment, tous ces résultats ne sont basés que sur quatre expériences de professionnels et ne constituent pas en une généralisation des faits établis par cette recherche.

### 6.3 Biais et limites de l'enquête

Cette recherche comporte plusieurs biais et limites exposés et expliqués ci-dessous.

Tout d'abord, plusieurs biais ont été relevés. Premièrement, il a été décidé d'interroger des ergothérapeutes travaillant auprès de personnes en rémission d'un cancer, alors que c'est une pratique peu répandue en France. Par conséquent, il était possible de prévoir qu'il serait difficile de trouver des professionnels pouvant répondre aux entretiens. Ce choix méthodologique a été fait car il semblait primordial d'interroger des personnes connaissant les spécificités posées par la période de l'après cancer. Par ailleurs, comme expliqué précédemment, le critère d'inclusion traite de personnes en rémission d'un cancer, et non pas spécifiquement de femmes en rémission d'un cancer du sein. La pratique de l'ergothérapie dans le domaine de l'après cancer étant peu répandue, ce deuxième choix a donc été fait afin d'avoir plus de chances de trouver des ergothérapeutes susceptibles de répondre aux questions. Par conséquent, les expériences des professionnels n'étaient pas uniquement en lien avec la thématique du cancer du sein. Il a donc été nécessaire de relancer et de reformuler les questions pour amener les professionnels à réfléchir plus largement et ainsi obtenir des réponses en lien avec le sujet.

Par ailleurs, un ergothérapeute suisse a été interrogé, face au peu de réponses reçues lors de la recherche de professionnels pour les entretiens. Cependant, il est nécessaire de préciser que le système de santé suisse est différent de celui français et que la pratique de l'ergothérapie l'est également ; comme il l'a été observé lors d'un stage dans ce pays. Par conséquent, il a été nécessaire de prendre parfois de la distance par rapport à certaines réponses apportées par ce professionnel.

Enfin, deux ergothérapeutes travaillant dans la même structure ont été interrogés, ce qui réduit un peu la diversité des profils, bien que leur expérience professionnelle et leur regard restent individuels. Ce choix a été fait car, comme dit précédemment, peu de professionnels ont répondu présent pour les entretiens.

En addition, l'étude réalisée comporte également plusieurs limites. Tout d'abord, les ergothérapeutes interrogés avaient parfois du mal à se détacher de leur pratique propre et à réfléchir plus largement. Il a donc été nécessaire de faire preuve

d'adaptabilité en rebondissant sur leurs réponses, afin d'obtenir des réponses en lien avec le sujet.

Ensuite, il a été observé que certains professionnels, bien qu'ils aient tous eu la capacité de donner une définition de l'équilibre occupationnel, n'étaient pas forcément à l'aise avec ce thème. Cette situation se retrouvait dans certaines de leurs réponses où leur regard n'était parfois pas global. Pour pallier cette situation, il a été nécessaire de reformuler ou d'expliquer un peu le terme pour ne pas avoir d'incompréhensions. Dans le même thème, une autre limite peut être relevée. En effet, aucun des ergothérapeutes interrogés n'utilisaient d'outils normés pour relever la situation de déséquilibre, comme l'Inventaire de l'Equilibre de Vie (IEV) (Matuska, 2010). Par conséquent, bien que les situations de déséquilibres occupationnels aient été verbalisées par certaines patientes, certaines situations appartiennent au côté subjectif du thérapeute ; allant à l'encontre de la définition de l'équilibre occupationnel.

De plus, comme il l'a déjà été évoqué précédemment, seulement quatre professionnels ont été interrogés, ce qui représente une part très infime des ergothérapeutes en France. Ce nombre restreint peut être expliqué par le fait qu'il y ait eu un manque de temps pour pouvoir interroger d'autres professionnels. En addition, peu de professionnels ont répondu aux sollicitations pour répondre aux entretiens, comme déjà mentionné précédemment.

Enfin, la personne ayant réalisé ce travail reste une jeune chercheuse. De ce fait, plusieurs erreurs de méthodologies peuvent subsister dû à un manque d'expérience. En complément, le point suivant servira à mettre en avant les perspectives.

#### 6.4 Perspectives

Ce travail a été réalisé et orienté d'une certaine façon, cependant d'autres points auraient pu être étudiés ou abordés de façons différentes.

Premièrement, l'élaboration du cadre conceptuel a commencé à mettre en avant la présence d'un déséquilibre occupationnel marqué dans le domaine des loisirs. Plus tard, les réponses aux entretiens, ont permis de faire émerger la présence d'un déséquilibre occupationnel dans le domaine des loisirs. En outre, l'un des professionnels interrogés a mis en avant un manque de suivi concernant ce domaine d'occupations. Par conséquent, il aurait pu être également intéressant de se pencher

sur l'accompagnement à la reprise des loisirs après des traitements contre le cancer du sein.

Le second axe de recherche qui aurait pu être développé concerne l'utilisation du MOH. En effet, le cadre conceptuel a défini ce modèle et mis en avant le lien qu'il peut avoir avec le sujet traité ici. Cependant, lors de la phase expérimentale, les outils de ce modèle n'ont pas été utilisés. Par conséquent, il aurait pu être tout à fait intéressant de s'intéresser à l'implication du MOH dans l'évaluation des besoins de la femme en rémission du cancer du sein et dans l'identification des situations à risque de déséquilibre occupationnel.

### 6.5 Projection professionnelle

Pour terminer, il sera fait état des lieux ici de l'apport de ce travail dans ma pratique professionnelle. Par conséquent, pour une question de cohérence, cette partie sera rédigée avec le pronom « je ».

Tout d'abord, du point de vue uniquement méthodologique, ce travail d'initiation à la recherche m'a permis d'améliorer mes compétences en recherches documentaires. Par ailleurs, j'ai d'ores et déjà utilisé ces compétences au cours de mes derniers stages pour approfondir mes réflexions, je n'ai donc aucun doute sur l'apport que cela aura dans ma future pratique professionnelle. En outre, ce travail m'a également permis de développer mes capacités réflexives, qui me permettront, de toujours approfondir ma pratique ; comme il l'a déjà été évoqué par ailleurs concernant les recherches documentaires.

Enfin, les recherches, théoriques et empiriques, m'ont permis d'approfondir mes connaissances sur le retour au travail, domaine que je n'ai pu développer au cours de mes stages pratiques. Plus encore, l'étude de ce domaine m'a permis de considérer de nouveaux horizons pour ma future pratique professionnelle.

## V. Conclusion

La présence d'effets secondaires chez les femmes après des traitements contre le cancer du sein a déjà été mis en avant par de nombreuses études. Par conséquent, depuis plusieurs années maintenant, des dispositifs sont mis en place pour accompagner ces femmes dans la phase de transition qu'est la rémission. Notamment, dès le premier plan cancer en 2003, il a été abordé l'importance d'une aide au retour à l'emploi. Pourtant, malgré le continu développement dans ce domaine, une question semble n'être que très peu abordée, l'équilibre occupationnel. En effet, si un déséquilibre occupationnel peut apparaître à la suite des traitements en raison des nombreux effets secondaires, le retour à l'emploi peut accentuer ce risque de déséquilibre s'il n'est pas adapté à la situation de la personne.

L'objectif de ce travail d'initiation à la recherche a donc été de réfléchir sur le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement à la réinsertion professionnelle des femmes en rémission d'un cancer du sein. Plus précisément, il a été question de réfléchir sur les moyens pouvant être mis en place par les ergothérapeutes, pour prévenir le déséquilibre occupationnel de ces femmes après leur retour au travail. D'après les résultats de l'enquête, les mises en situation écologiques permettent à la femme en rémission d'un cancer du sein de mieux préparer son retour au travail. Plus particulièrement, elles vont pouvoir agir sur la fatigabilité, l'un des éléments majeurs mis en cause dans le déséquilibre occupationnel. Par ailleurs, un suivi en ergothérapie dans l'année suivant la réinsertion professionnelle pourrait permettre de prévenir les déséquilibres occupationnels arrivant plus tardivement. Seulement, cette hypothèse ne peut rester que de la théorie. En effet, la réalité du terrain ne peut permettre aujourd'hui la mise en place d'un tel procédé.

Finalement, cette enquête et les recherches qui l'ont accompagnées ont mis en avant la difficulté d'apporter des réponses. Notamment en raison d'un manque de professionnels exerçant dans ce domaine ainsi que des missions encore aujourd'hui restreintes pour ceux pratiquant auprès de cette population. Par conséquent, il semble pertinent de dire que la place de l'ergothérapie dans le domaine de l'après cancer demande encore à être approfondie. Face à ce constat, il pourrait donc être intéressant qu'un protocole soit mené pour évaluer l'impact d'un suivi en ergothérapie dans la prévention du déséquilibre occupationnel de ces femmes, après leur réinsertion professionnelle ; en s'appuyant notamment sur une évaluation normée telle que le IEV.



## Bibliographie

### Ouvrages

Meyer, S. (2010). *Démarches et raisonnement en ergothérapie*. (pp. 115-120). Edition EESP. [https://www.hetsl.ch/fileadmin/user\\_upload/rad/editions/45\\_de\\_marc\\_hes\\_et\\_raisonnements\\_en\\_ergotherapie.pdf](https://www.hetsl.ch/fileadmin/user_upload/rad/editions/45_de_marc_hes_et_raisonnements_en_ergotherapie.pdf)

### Articles

Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., & Imbert, P. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* (19)84, pp. 142-145.

<http://www.bichat->

[larib.com/publications.documents/3446\\_2008\\_introduction\\_RQ\\_Exercer.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf)

Backman, C. (2004). Occupational balance: exploring the relationships among daily occupations and their influence on well-being. *Revue Canadienne d'ergothérapie*, 71(4), pp. 202-209.

Baxter, M. F., Newman, R., Longpré, S. M., & Polo, K. M. (2017). Occupational Therapy's Role in Cancer Survivorship as a Chronic Condition. *The American Journal of Occupational Therapy*, 71(3), 7103090010P1-7103090010P7.

<https://doi.org/10.5014/ajot.2017.713001>

Cochet et al. (2008). *Surveillance après traitement curatif du cancer du sein*. *Revue Médicale Suisse*, 4, 1258-1262. [https://www.revmed.ch/revue-medicale-](https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2008/revue-medicale-suisse-158/surveillance-apres-traitement-curatif-du-cancer-du-sein)

[suisse/2008/revue-medicale-suisse-158/surveillance-apres-traitement-curatif-](https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2008/revue-medicale-suisse-158/surveillance-apres-traitement-curatif-du-cancer-du-sein)

[du-cancer-du-sein](https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2008/revue-medicale-suisse-158/surveillance-apres-traitement-curatif-du-cancer-du-sein)

Crist, P. (2013). Functional challenges among late effects cancer survivors: A preliminary report on work engagement issues. *Work*, 46(4), 369-379. doi: 10.3233/WOR-131673.

- Gallardo, L., Rey, D., Perreti-Watel, P. (2012). Impact du cancer du sein sur la vie professionnelle. Enquête parmi les femmes de la cohorte ELLIPPSE. *Bull Cancer*, 99(7), pp. 779-786. DOI 10.1684/bdc.2012.1611
- Hwang, E. J., Lokietz, N. C., Lozano, R. L., & Parke, M. A. (2015). Functional Deficits and Quality of Life Among Cancer Survivors : Implications for Occupational Therapy in Cancer Survivorship Care. *The American Journal of Occupational Therapy*, 69(6), 6906290010p1-6906290010p9. <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.015974>
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : À la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 3(102), pp. 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
- Jakobsen, K., Magnus, E., Lundgren, S., & Reidunsdatter, R. J. (2018). Everyday life in breastcancer survivors experiencing challenges : A qualitative study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(4), 298-307. <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1335777>
- Ménoret, M. (2018). La guérison en cancérologie : Une improbable ambition. *Saúde e Sociedade São Paulo*, 27(3), p.693-703. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180491>
- Morel, N., Eustache, F., Lange, M., Joly, F., Giffard, B. (2010). L'impact du cancer et de ses traitements sur les fonctions cognitives : l'exemple du cancer du sein. *Revue de neuropsychologie*, 2(3), pp. 250-254. <https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2010-3-page-250.htm>
- Soum-Pouyalet, F., Sorita, É., & Belio, C. (2018). 14. L'ergothérapie comme appui à la mise en place d'une pratique interprofessionnelle en cancérologie : In *Le cancer : Un regard sociologique* (p. 212-232). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.norb.2018.01.0212>

Stergiou-Kita, M., Pritlove, C., Holness, D. L., Kirsh, B., van Eerd, D., Duncan, A., & Jones, J. (2016). Am I ready to return to work? Assisting cancer survivors to determine work readiness. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(4), 699-710.  
<https://doi.org/10.1007/s11764-016-0516-9>

Wagman, P., Håkansson, C., Björklund, A. (2012) Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19:4, 322-327, DOI: 10.3109/11038128.2011.596219

#### Autres références

ANFE. (s. d.). *La profession d'ergothérapeute*. ANFE. Consulté le 2 janvier 2022 à l'adresse <https://anfe.fr/la-profession/>

Assurance Maladie. (2021). *Comprendre le cancer du sein*. Ameli. Consulté le 5 janvier 2022 à l'adresse <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-sein/comprendre-cancer-sein>

Barroso, M. (2019). Cancer du sein, troubles cognitifs et réinsertion professionnelle : Quelle place pour l'ergothérapie ? Mémoire, Institut de Formation en Ergothérapie La Garde. ANFE. [https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/Barroso-Maxence\\_-c69670d7.pdf](https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/Barroso-Maxence_-c69670d7.pdf)

CHU de Rouen (s.d.). *L'aide à la reprise du travail après un cancer*. CHU de Rouen. Consulté le 14 février 2022 à l'adresse <https://www.chu-rouen.fr/aide-a-reprise-travail-apres-cancer/>

Comète France (s.d.). *Dès l'hospitalisation, construire un projet professionnel compatible avec l'état de santé*. Consulté le 2 février 2022 à l'adresse <https://www.cometefrance.com/>

Delapierre, M. (2017). *Les mises en situation : expérimenter l'activité en sécurité et prendre conscience de ses compétences*. IFPEK Rennes.

[https://ifpek.centredoc.org/doc\\_num.php?explnum\\_id=1569](https://ifpek.centredoc.org/doc_num.php?explnum_id=1569)

Fondation contre le cancer (s.d.) *Guérison, rémission, rechute*. Fondation contre le cancer. Consulté le 5 janvier 2022 à l'adresse <https://www.cancer.be/les-cancers/r-mission-de-quoi-s-agit-il>

Garg, P. (2010). *Balance performance in cancer survivors who have undergone chemotherapy*. Research Paper, Southern Illinois University Carbondale. SIU

Gravel-Lemieux, F. (2018). *Ergothérapie auprès des survivants au cancer*. AQEPP. <https://agepp.com/wp-content/uploads/2018/11/Ergotherapie-aupres-des-survivants-au-cancer.pdf>

Grès, F. (2017). *L'utilisation des mises en situation écologiques en ergothérapie. Traumatisme crânien et anosognosie*. Mémoire, Institut de Formation en Ergothérapie de Clermont. Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01834023/document>

HAS. (2010). *Tumeur maligne, affection maligne du tissu, lymphatique ou hématopoïétique, cancer du sein*. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald\\_30\\_gm\\_ksein\\_vd.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_gm_ksein_vd.pdf)

IFE-CHU Rouen. (2010). *Référentiel de compétences*. CHU de Rouen. <https://ife.chu-rouen.fr/wp-content/uploads/sites/35/2017/03/Referentiel-de-competences-DEE.pdf>

INCa (s.d.). *Ergothérapeute*. INCa. Consulté le 15 janvier 2022 à l'adresse <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Fatigue/Prendre-en-charge/Ergotherapeute>

INCa. (2003). *Plan cancer 2003-2007*. INCa. [https://www.e-cancer.fr/content/download/59052/537324/file/Plan\\_cancer\\_2003-2007\\_MILC.pdf](https://www.e-cancer.fr/content/download/59052/537324/file/Plan_cancer_2003-2007_MILC.pdf)

INCa. (2009). *Plan cancer 2009-2013*. INCa. [https://www.e-cancer.fr/content/download/121696/1458130/file/PlanCancer20092013\\_02112009.pdf](https://www.e-cancer.fr/content/download/121696/1458130/file/PlanCancer20092013_02112009.pdf)

- INCa. (2014). *Plan cancer 2014-2019*. INCa. <https://www.e-cancer.fr/content/download/85537/871148/file/Plan-cancer-2014-2019-V4.pdf>
- INCa. (2018). *La vie cinq ans après un diagnostic de cancer*. INCa. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-vie-cinq-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-Rapport>
- INCa. (2022). *Données globales de l'épidémiologie des cancers*. INCa. Consulté le 9 janvier 2022 à l'adresse <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Donnees-globales>
- INCa. (s. d.). *Anatomie du sein*. INCa. Consulté le 5 janvier 2022 à l'adresse <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Anatomie-du-sein>
- INCa. (s.d.). *Le cancer du sein : points clés*. INCa. Consulté le 4 janvier 2022 à l'adresse <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-points-cles>
- Institut Gustave Roussy. (2020). *Interval programme "après -cancer"*. Institut Gustave Roussy. Consulté le 15 février 2022 à l'adresse <https://www.gustaveroussy.fr/fr/don-apres-cancer>
- Institut Rafaël. (2018). *Ergothérapie*. Institut Rafaël. Consulté le 7 février 2022 à l'adresse <https://institut-rafael.fr/soins/pole-activite-physique/ergotherapie/>
- Kolarik, N. (2017). *Ergothérapie et thérapie médiatisée par l'animal*. Mémoire, Institut de Formation en Ergothérapie de Montpellier. Fondation Adrienne et Pierre Sommer. <http://fondation-apsommer.org/doc/wp-content/uploads/sites/7/2018/05/M%C3%A9moire.Kolarik.Natalie.2017.pdf>
- Matuska, K (2010). *Life Balance Inventory*. OEQ. <https://www.oeq.org/DATA/CMSDOCUMENT/961.pdf>

Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion. (2021). *Emploi et handicap : la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)*. Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion. Consulté le 4 mai 2022 à l'adresse <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi-et-insertion/emploi-et-handicap/rqth>

Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion. (2021). *Le médecin du travail*. Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion. Consulté le 7 mai 2022 à l'adresse <https://travail-emploi.gouv.fr/archives/archives-courantes/ressources-pour-les-chsct/article/le-medecin-du-travail>

National Cancer Institute. (2021). *Fatigue and Cancer Treatment—Side Effect*. National Cancer Institute. Consulté le 16 janvier 2022 à l'adresse <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/fatigue>

Santé Publique France. (2021). *Cancers*. Santé Publique France. Consulté le 9 janvier 2022 à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers>

Sawadogo, H. P. (s. d.). *L'approche qualitative et ses principales stratégies d'enquête*. ESBC. Consulté le 4 mai 2022 à l'adresse <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/methodes-qualitatives-de-recherche/>

Sedda, A. (2006). *Cancer du sein en rémission : une période à haut risque sur le plan psychologique*. 28<sup>e</sup> Journées de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire (SFSPM), Lille.

SIFEF. (s.d.). *Profession-ergothérapeute*. SIFEF. Consulté le 8 février 2022 à l'adresse <https://www.sifef.fr/profession-ergotherapeute/>

Société Canadienne du Cancer. (s.d.). *Qu'est-ce que le cancer du sein*. Consulté le 16 janvier 2022 à l'adresse <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/breast/what-is-breast-cancer>

Toledano, A. (s.d.). *Santé intégrative*. Institut Rafaël. Consulté le 10 février 2022 à

l'adresse <https://institut-rafael.fr/sante-integrative/>

Université de Laval. (s.d.). *MOH en pratique*. Université Laval. Consulté le 5 février 2022 à l'adresse <https://crmoh.ulaval.ca/moh-en-pratique/>

WFOT. (2010). *La pratique de l'Ergothérapie Centrée sur le Client*. World Federation Occupational Therapists. Consulté le 3 mars 2022 à l'adresse <https://www.wfot.org/checkout/1844/1785>

WFOT. (2012). *Activité de la vie quotidienne*. World Federation Occupational Therapists. Consulté le 15 mars 2022 à l'adresse <https://www.wfot.org/checkout/1872/1790>

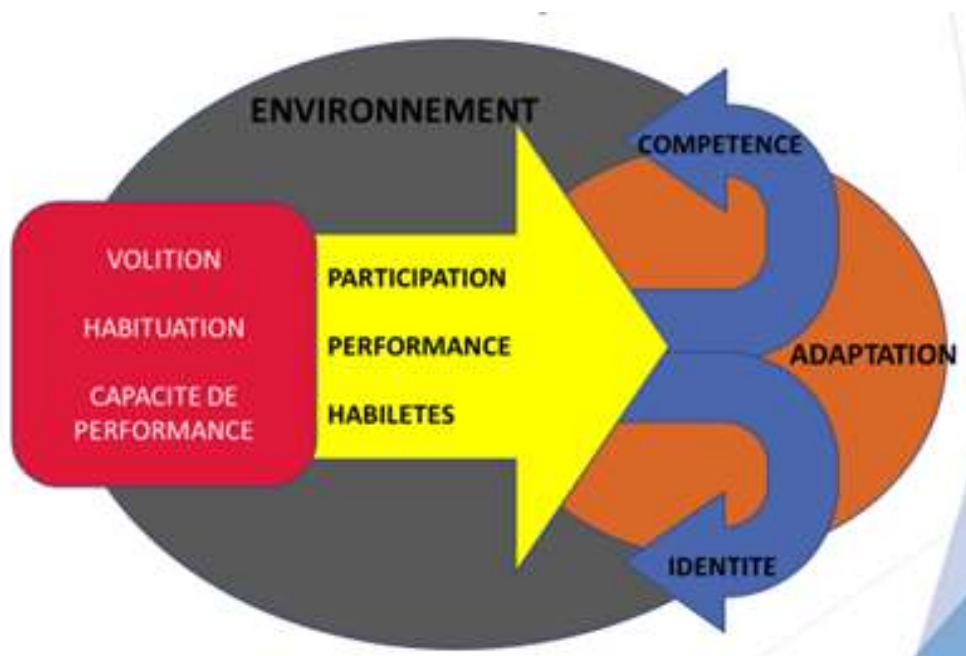
Winand, S. (s.d.). *Témoignage : Sophie, en rémission après un cancer du sein*. Fondation contre le cancer. Consulté le 11 janvier 2022 à l'adresse <https://www.cancer.be/temoignage/sophie-en-remission-apres-un-cancer-du-sein>

## ANNEXES

ANNEXE I : LE SCHEMA DU MODELE DE L'OCCUPATION HUMAINE .....	1
ANNEXE II: GUIDE D'ENTRETIEN .....	2
ANNEXE III: PROFIL DES ERGOTHERAPEUTES INTERROGES .....	4
ANNEXE IV: FORMULAIRE DE CONSENTEMENT .....	5
ANNEXE V: FEUILLE D'ANALYSE DES RESULTATS .....	7



## ANNEXE I : LE SCHEMA DU MODELE DE L'OCCUPATION HUMAINE



Présenté sur le site l'ANFE, de Gary Kielhofner, 2008 (Traduit par G. Mignet, 2017)

## ANNEXE II: GUIDE D'ENTRETIEN

**Les questions principales sont écrites en gras**, les autres correspondent aux questions de relance.

*Contexte de l'enquête et intervention de l'ergothérapeute :*

**Comment intervenez-vous auprès des femmes en rémission d'un cancer du sein ? (rééducation, réadaptation, réinsertion professionnelle, gestion de la douleur...)**

**Selon votre expérience, quelles sont les principales difficultés que peuvent rencontrer les femmes pendant la période de rémission ?**

**Etes-vous sensibilisé à la notion d'équilibre occupationnel ? Pouvez-vous m'en donner une définition avec vos mots ?**

**Parmi les difficultés rencontrées par ces femmes, quelles sont celles qui peuvent le plus impacter leur équilibre occupationnel d'après vous ?**

Dans votre établissement, existe-t-il un accompagnement à la réinsertion professionnelle pour ces femmes ? (en ergothérapie ou de manière générale avec d'autres professionnels)

De quelles manières ces femmes sont accompagnées dans leur réinsertion professionnelle ?

**Pour vous pour quelles raisons l'ergothérapeute peut-il avoir sa place dans la réinsertion professionnelle de ces femmes ou pour quelles raisons il n'aurait pas sa place ?**

Si l'ergothérapeute accompagne la réinsertion professionnelle : Quelle est votre rôle dans la réinsertion professionnelle de ces femmes ? Quelles sont les moyens que vous utilisez ?

*L'utilisation de mises en situation écologiques :*

**De manière générale, que ce soit dans votre lieu d'exercice actuel ou ceux antérieurs, que pensez-vous de l'utilisation des mises en situation écologiques ?**

Trouvez-vous que cela permet de mettre en exergue d'autres difficultés ? Trouvez-vous que cela peut apporter de bons résultats ? Avez-vous l'habitude d'en réaliser ?

**Qu'est-ce que les mises en situations écologiques peuvent apporter de plus qu'un autre moyen de prise en charge ?**

**Que pensez-vous de l'utilisation de mises en situation écologiques du milieu de travail pour préparer la réinsertion ?**

De quelles manières cela peut être bénéfique ?

Selon les situations que vous avez rencontré dans vos suivis, est-ce que vous auriez un exemple de mise en situation du milieu de travail qui aurait pu être utile pour la situation d'une patiente ?

*Le suivi à long terme en ergothérapie :*

**Avez-vous déjà rencontré des situations où les effets secondaires apparaissent plus tardivement chez ces femmes ?** (quelques semaines à mois après la fin des traitements par exemple)

Pouvez-vous me donner des exemples ?

Pensez-vous que c'est quelque chose qui peut arriver fréquemment ?

**Que pensez-vous de l'intérêt de mettre en place des rendez-vous en ergothérapie de suivi, à intervalles réguliers, dans l'année suivant la reprise professionnelle ?**

## ANNEXE III: PROFIL DES ERGOTHERAPEUTES INTERROGES

Ergothérapeute interrogé	Informations générales
Ergothérapeute 1	<p>Homme, exerçant en Suisse</p> <p>Service de réadaptation oncologique</p> <p>Tous types de cancer</p> <p>Agit sur les problèmes de sensibilité essentiellement et gestion du quotidien (emploi du temps, stratégies...)</p>
Ergothérapeute 2	<p>Femme, a exercé auprès de ces femmes en milieu hospitalier, en France</p> <p>Préparation du retour à domicile</p> <p>A également effectué des recherches sur le sujet</p>
Ergothérapeute 3	<p>Femme, exerce en France, dans un centre de réadaptation</p> <p>Pratique dans un programme ETP post cancer (dont une partie est spécialisée pour les femmes après un cancer du sein) : fait les bilans d'entrée ergo mais n'intervient pas après</p> <p>Aussi dans la formation professionnelle de personnes RQTH (peut rencontrer des femmes en rémission dans ce cadre) = adaptation poste de travail, accompagnement en stage</p>
Ergothérapeute 4	<p>Femme, exerce en France, dans un programme d'ETP (spécialisé femmes en rémission d'un cancer du sein), réalise le bilan éducatif partagé, coordinatrice du programme</p>

## ANNEXE IV: FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Vous allez participer à un projet d'initiation à la recherche. Ce projet est rédigé par Madame DUBOIS Léa, sous la supervision de Monsieur SENEÉ Marc, ergothérapeute diplômé d'état.

Le présent document fournit les informations éthiques et utiles concernant votre participation. Je vous invite à signer ce formulaire après une lecture attentive et à en garder un exemplaire.

**Titre :** L'ergothérapeute comme acteur de la prévention du déséquilibre occupationnel des femmes en rémission du cancer du sein, après leur réinsertion professionnelle.

### **Nature de la participation :**

Votre participation consiste en un entretien semi-directifs d'environ 45 minutes et comportant 10 questions. Cet entretien pourra avoir lieu en présentiel, visioconférence ou par appel téléphonique selon vos disponibilités et votre situation géographique.

Cet entretien sera enregistré avec votre accord et exploité uniquement pour ce travail. A la fin de ce travail, l'enregistrement ou les notes découlant de l'entretien seront détruits.

### **Droit de retrait :**

Votre participation est sur la base du volontariat. Par conséquent, vous êtes libre de mettre un terme à l'entretien, sans besoin de vous justifier ou de craindre des préjudices.

### **Confidentialité :**

Votre participation à cet entretien demeurera anonyme. Seules les informations nécessaires à l'élaboration de ce travail de recherche seront utilisées. Tous autres renseignements recueillis au cours de l'entretien resteront strictement confidentiels.

Si vous le souhaitez, une copie du résultat final du projet pourra vous être envoyé. Je soussignée, Léa DUBOIS, étudiante-chercheuse en ergothérapie, avoir expliqué au participant les termes de ce présent formulaire. Je m'engage lui avoir décrit

qu'il peut stopper sa participation à l'entretien à tout moment et que les données recueillies sont confidentielles.

Fait à Evreux, le 07/03/2022

Signature :



**Obtention du consentement :**

Je soussigné(e), ..... déclare participer librement et de façon éclairé à l'entretien de Madame DUBOIS Léa, étudiante en troisième année d'ergothérapie de l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) de La Musse à Saint Sébastien de Morsent (27180).

Par ce document, je déclare :

- Être consentant(e) et avoir pris connaissance des modalités de l'entretien
- Avoir compris que je peux interrompre l'entretien à tout moment, sans justification
- Avoir compris que mon anonymat sera respecté et que mes renseignements resteront confidentiels
- Autoriser Madame DUBOIS Léa à enregistrer vocalement l'entretien. Les enregistrements seront détruits une fois le projet terminé
- Accepter de participer à l'entretien de Madame DUBOIS Léa dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche

Fait à ....., le .....

Signature du participant(e) précédée de la mention « Lu et approuvé » :

## ANNEXE V: FEUILLE D'ANALYSE DES RESULTATS

### 1) Définition équilibre occupationnel

1 : la personne ne doit pas se tuer à la tâche, trouver un équilibre entre vie perso et vie pro. Elément valable pour chacun d'entre nous. Notion très actuelle pour les femmes en rémission d'un cancer du sein.

2 : en lien avec la notion de balance occupationnelle, avoir un pourcentage d'activité dans sa vie qui soit équilibré par rapport aux valeurs, centres d'intérêts, attentes et diff activités (productivité, soins perso). Pas tous le même équilibre en fonctions souhait, attentes, valeurs

3 : avoir un équilibre satisfaisant entre les différentes occupations, qui prenne en compte toutes les composantes de l'occupation

4 : la personne mène plaisir à mener les activités de sa vie, combiner travail, vie familiale et de loisirs, avoir des activités épanouissantes.

### 2) Difficultés impactant l'équilibre occupationnel

1 : hyposensibilité, allodynie, douleurs → répercussions dans gestion du quotidien et reprise des activités occupationnelles

Perte de fonctionnalité ms

Fatigue en lien avec douleurs, fatigabilité +++

2 : fatigue qui est souvent sous pris en compte, image de soi (ne plus oser sortir de chez soi) répercussion de manière générale, pas de domaine plus touché

3 : diminution fonctionnelle, n'ose pas utiliser leur bras, fatigue physique, cognitive (attention, concentration)

Surtout loisirs impactés (niveau social aussi)

Charge mentale, stress

Fatigue : tout énergie et plus de loisirs (pas pris en charge)

Tout ça impacte la réalisation de leurs activités et elles s'interrogent sur comment retrouve un rythme satisfaisant dans les occupations. Demande de leur part pour le retour au travail

Fatigue mentale ++

4 : fatigue, après tout dépend de la distance par rapport au ttt . besoin de sieste après la journée, se couchent tot, arrivent encore à gérer le quotidien mais plus compliqué pour les sorties. D'ailleurs si elles sont trop fatigables, elles ne pourront pas forcément entrer dans le programme

Tb co

Le retour au travail demande de leur part dès le diagnostic éducatif

Plus sous ttt sauf hormonothérapie qui reste ou des ttt très espacés

### 3) Accompagnement réinsertion pro

1 : en suisse = AI qui accompagne cette population dans la réinsertion pro

Place ergo : place de l'ergothérapeute pour assurer le lien entre vie pro et vie personnelle, et va permettre d'articuler le tout et de faire en sorte que ça marche bien

2 : l'ergo il se place à différentes étape de la réinsertion : amener la personne à se projeter très rapidement au cours de l'hospi. Mettre en place aménagements et stratégies = la projection vers l'après cancer doit être évoquée assez vite

Ergo a sa place = car acteur clé de la réadaptation et on est vraiment dans de la réadaptation de la vie quo et vie de manière générale

« il y a un après c'est jamais comme avant et cet après il peut se préparer »

3 : ergo à sa place : rôle d'éducation → se rendre compte des limites mais aussi des capacités

Tout le côté ergonomie : adapter aux capacités actuelles, doivent être durables

Accompagnement dossier de financement = contact ++ employeur

Temps partiel

Important de préparer : réel souhait de retrouver du temps pour soi

4 : c'est leur souhait de se préparer à la reprise (souhait de leur part)



Notre place pour versant éducatif, gestion du quotidien, réalisation des tâches (posture, gestion de la fatigue), apport rééducatif (endurance, concentration, mobilité articulaire), travail image de soi : valorisation

#### 4) Utilisation mises en situation écologique

1 : « c'est l'idéal, ce pourquoi on prône l'ergothérapie », réalité du terrain, ce qui se passe à l'hôpital ne sont pas forcément des mises en situations écologiques, même si on essaie de reproduire au max. Le mieux c'est vraiment se déplacer dans l'environnement de la personne pour respecter au mieux le terme d'écologique. Essaie d'en faire dès que possible et dès que ça paraît nécessaire.

Pr retour au travail : Intéressant d'en réaliser pour préparer le retour. Déjà pour voir tout ce qui est adaptation du poste, après plus vision holistique avec aperçu général de la personne dans son environnement. Actuellement réalisé par conseillers AI.

2: Essentiel mais difficile à mettre en œuvre : Importance d'évaluer la situation auprès de la personne, de l'employeur. La mise en situation doit être globale, trouve que souvent ce n'est pas le cas (vigilance)

Pour le retour au travail : doit aller au travail aménager ou non, réévaluer plusieurs fois la situation. Travail long à faire

3 : moyens au cœur de notre métier, dans la formation professionnelle ce n'est que de la mise en situation pratique de situations professionnelles puisque c'est des stages. Elle observe en même temps de point de vue de l'installation, de comment elles réalisent les activités, voir comment adapter, gérer

Ce que ça apporte : c'est du concret, permet de voir les évolutions quand on fait à intervalles régulières et donc de reprendre, permet aussi une bonne implication du patient, évaluation des besoins

Permet de leur redonner l'habitude de la journée de travail = fatigue très importante au début, ont besoin de 5 à 6 semaines. Une habitude repris ça se passe plutôt bien (fatigue, charge mentale, stress)

4 : pas de réelles mises en situation, mais programme construit pour reproduire un rythme proche de celui du travail à mi-temps pour les aider à préparer, c'est comme un mise en situation finalement. (aussi bien dans la journée que la préparation en amont, horaire, trajet, garde d'enfants par ex) Dur au début avec la fatigue.

Plusieurs étapes réalisées : d'abord qu'elles arrivent à s'organiser

Pour elles ; avant repas théra et plaisir d'avoir pu voir à l'avance et aussi d'avoir un œil extérieur pour pointer certains éléments, prendre soin d'elle

Après voir ce qu'on entend par mises en situation écologique : car dans le milieu pro c'est très varié donc les difficultés aussi.

#### 5) Effets secondaires tardifs

1 : plus difficiles à suivre mais effectivement en ambulatoire personnes qui reviennent après = niveau sensibilité. Après ils viennent pour ces difficultés mais après analyse sur tout le reste. Epuisement moral aussi

Arrive fréquemment, médecins sensibilisés donc oriente vers les ergos dès qu'ils relèvent la difficulté mais délai très variables, la plupart du temps dans 3 premiers mois. Après personne pour qui ça fait plus longtemps mais peut être expliqué par le fait qu'avant les médecins n'étaient pas sensibilisé donc les personnes n'ont pas été orientées.

2 : oui ça peut arriver, effets secondaires qui arrivent à distance, ex : lymphœdème, fatigabilité aussi,

3 : peut-être mais n'a pas l'info, n'aborde pas ce sujet. Elles peuvent se rendre compte de leurs diff pls tard une fois la reprises des activités.

Ça peut arriver mais liées à un changement de ttt, par exemple mise en place de l'hormonothérapie (seul ttt qui reste dans les 5 ans qui suivent) = responsables de douleurs

4 : oui mais pas possible de donner de délais, par contre encore des séquelles même longtemps après, se sentent abandonnées

#### 6) Intérêt d'un suivi en ergothérapie dans l'année suivant les traitements

1 : compliqué en systématique au niveau de la mise en place, au niveau hospitalier surcharge des services. Il faudrait plus que ce soit assuré par une tierce structure spé en réinsertion pro ou alors ergo libéraux

Après en suisse bon suivi par l'ai

Serait plus facile à mettre en place si c'est plutôt au cas par cas (pas obligatoire), par le contrôle du médecin qui oriente vers l'ergo après,

En obligatoire les personnes ne seront pas forcément preneuse (entretien C)

2 : mais en c'est la toute la problématique de la prise en soin des personnes atteintes de cancer, ça doit être sur la durée, intégrer programme de suivi de 5 ans

Avec des réévaluations et des aménagements réguliers dont l'objectif est totalement de prévenir les situations de déséquilibres. Garantirait une réappropriation de la vie quotidienne. D'ailleurs il y avait un projet qui avait été lancé avec un financement de l'ars avec interventions ergo et autres prof à domicile pour éviter les re hospitalisations évitables donc liées à un retour mal préparé, angoisses etc

Mais projet qui n'a pas abouti pour des raisons organisationnelles mais dont elle est sûre de la pertinence

3 : totalement, plus loin, intérêt mise en place consultations pluridisciplinaires, car d'autres pblmatiques nécessitent la prise en charge de d'autres pro. (plaintes tb neursopsy)

Gens en formation : profite qu'il y ait un ergo pour évoquer d'autres diff en dehors de la réinsertion pro mais pour les personnes ne passant pas la formation elles n'ont pas de solutions à leurs dispositions = vrai demande

Comme dit toute à l'heure : besoin de plusieurs semaines pour se réhabituer donc si elles n'ont pas eu d'entraînement

Problèmes au niveau financier : comment le financer, par ls entreprises ou structures ?

4 : bcp de programme ou d'associations pour après suivre le programme

Demande de leur part, croise lors d'un évènement mais difficile d'interpréter la raison :

- Manque de convivialité (car l'effet de groupe est agréable)
- Réel besoin, demande par rapport aux difficultés

Faire attention car bcp de personnes une fois les ttt terminés ne veulent plus retourner dans qlq chose = ne seront pas forcément réceptif (en lien avec le non systématique)  
Peu de personnes rentrent dans le programme par rapport au nb de personnes qui pourraient réellement y être.

**L'ergothérapeute comme acteur de la prévention du déséquilibre  
occupationnel des femmes en rémission du cancer du sein, après leur  
réinsertion professionnelle**

**DUBOIS Léa**

**Résumé :** La rémission d'un cancer du sein est une période remplie de défis à surmonter par les femmes concernées. Parmi les difficultés éprouvées, elles peuvent notamment présenter un déséquilibre occupationnel après un retour au travail. Cependant, cette problématique n'est aujourd'hui pas pris en charge. L'objectif de cette recherche est donc de s'interroger sur les moyens pouvant être mis en place par l'ergothérapeute, pour prévenir ce déséquilibre occupationnel en lien avec le retour au travail. Pour ce faire, quatre entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes exerçant avec des personnes en rémission d'un cancer. Cette enquête a permis de mettre en l'avant l'intérêt de l'utilisation de mises en situation écologiques pour préparer le retour à domicile et ainsi éviter des situations de déséquilibres. Cependant, il semble trop compliqué à ce jour de mettre en place un suivi en ergothérapie sur le long terme, auprès de ces femmes-là. Par conséquent, ce domaine nécessite encore des approfondissements scientifiques en ergothérapie.

**Mots-clés :** cancer du sein ; équilibre occupationnel, réinsertion professionnelle, ergothérapie

**Occupational therapist as a player in the prevention of occupational  
imbalance in women in remission from breast cancer, after their vocational  
reintegration**

**Abstract:** Remission from breast cancer is a challenging time for women. Among the difficulties experienced, they may experience occupational imbalance after returning to work. However, this problem is not currently being addressed. The aim of this research is therefore to examine the means that can be implemented by occupational therapists to prevent this occupational imbalance, in connection with the return to work. In this regard, four semi-structured interviews were conducted with occupational therapists working with people in remission from cancer. This survey allowed to put forward the benefits of using ecological simulations to prepare the return home and thus avoid situations of imbalance. However, it seems to be complicated to this day to implement long-term occupational therapy follow-up with these women. Consequently, this field still requires further scientific research in occupational therapy.

**Keywords:** breast cancer; occupational balance; vocational reintegration; occupational therapist