

Institut de formation La Musse



Les femmes atteintes d'un cancer du  
sein :  
leurs changements occupationnels en  
ergothérapie.

Mémoire d'initiation à la recherche

**THEPAULT Louis**

Promotion 2019/2022

**ROUL Emmanuel**

Maître de Mémoire





**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 ».

**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>1</sup> et du Code pénal<sup>2</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 ..... THÉPAULT Louis .....

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 BEUVAIS ..... Le 01/05/2022 signature

<sup>1</sup> Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ces/telecharger/unise/directive-PLAGIAT-10092011.pdf>

<sup>2</sup> Article 1.331-3 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.  
27 octobre 2017 Siège : Immeuble Normandie II - 56, rue Armand Carotia - FR79 80J EN Cedex 1 - Tél. 02 32 18 15 20 - Fax 02 32 18 15 99  
[www.normandiecohesion.fr](http://www.normandiecohesion.fr)





## Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu mon maître de mémoire M. Emmanuel ROUL qui a pu m'accompagner efficacement et rigoureusement tout au long de ce travail de rédaction. Il s'est rendu disponible à tout moment pour répondre à mes divers questionnements par l'apport de son aide précieuse.

Je souhaite aussi remercier chaleureusement ma promotion d'ergothérapie 2019-2022 qui a été extrêmement bienveillante et coopérative tout au long de la formation et d'autant plus lors de cette dernière année rythmée par le mémoire d'initiation à la recherche.

Je suis reconnaissant envers l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de La Musse (IFELM) pour leur soutien et leurs conseils durant les différentes étapes de cet écrit.

Enfin, je suis gratifiant auprès de mon entourage proche, notamment ma mère et ma belle-mère qui ont su me soutenir moralement, et m'aider pour la relecture de ce travail.

Sans la contribution de l'ensemble de ces personnes, ce travail n'aurait jamais pu exister, encore merci !

*« Vous ne pouvez pas contrôler ce qui vous arrive, mais vous pouvez contrôler votre attitude envers ce qui vous arrive. Vous saurez maîtriser le changement plutôt que de lui permettre de vous maîtriser. »*

*Brian Tracy*



## Sommaire

Introduction .....	1
Cadre contextuel et question de départ .....	2
I. Cadre conceptuel .....	4
1. Qu'est-ce que le cancer ? .....	5
a. Généralités sur le cancer .....	5
b. Focalisation sur le cancer du sein.....	6
c. Facteurs de risque du cancer du sein.....	8
2. La phase post-opératoire et les traitements dans le cancer du sein .....	9
a. La chirurgie .....	9
b. La radiothérapie .....	10
c. La chimiothérapie .....	10
d. L'hormonothérapie .....	11
e. Les thérapies ciblées.....	11
3. Les effets indésirables des traitements du cancer du sein.....	11
a. Au niveau physique .....	11
b. Au niveau psychologique .....	13
c. Au niveau cognitif .....	13
4. Les retentissements du cancer dans la vie quotidienne.....	14
5. L'ergothérapie .....	15
a. Définition .....	15
b. L'occupation en ergothérapie .....	15
6. L'ergothérapie en oncologie.....	16
7. Le concept de participation occupationnelle émanant du MOH .....	17
a. La participation occupationnelle .....	18
b. L'Etre occupationnel.....	18
c. L'Agir occupationnel .....	19
d. L'Adaptation occupationnelle .....	20
e. L'Environnement.....	20
f. Le MOH en lien avec le cancer du sein .....	21
g. L'utilisation du MOHOST comme médiateur.....	21
II. Question et hypothèse de recherche.....	22
III. Phase expérimentale .....	22
1. Description de la phase expérimentale.....	22

a. Choix de la méthode et de l'approche.....	22
b. Choix de la population cible .....	23
c. Choix de l'outil de recherche .....	24
d. Création du guide d'entretien .....	25
e. Elaboration de grilles d'entretiens .....	25
f. Prise de contact et présentation de la population cible .....	26
2. Analyse expérimentale .....	27
a. Plaintes des femmes.....	28
b. Modification de la participation occupationnelle des patientes.....	28
c. Rôles et intervention de l'ergothérapeute.....	29
d. L'utilisation du MOHOST .....	31
e. Les avantages et les inconvénients du MOHOST .....	31
f. Le MOHOST dans la vie quotidienne des patients .....	33
g. L'intérêt du MOHOST en oncologie .....	34
h. La mesure de la participation occupationnelle des ergothérapeutes en oncologie .....	34
IV. Discussion.....	36
1. Synthèse des résultats.....	36
2. Réponse à l'hypothèse de recherche.....	37
3. Les biais et les limites de l'étude.....	38
a. Les biais.....	38
b. Les limites.....	39
4. Les apports et les pistes de poursuite de ce travail.....	40
a. Les apports .....	40
b. Les pistes de poursuites .....	41
Conclusion.....	43
Bibliographie	
Annexes	

## Liste des abréviations

**ACE** : Association Canadienne des Ergothérapeutes

**ANFE** : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

**AOTA**: American Occupational Therapy Association

**CAOT**: Canadian Association of Occupational Therapists

**CDC**: Centers for Disease Control

**COS**: Cancer Organisation Service

**FME** : Fondation Mondiale des Ergothérapeutes

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IADL**: Instrumental Activities of Daily Living

**IFELM** : Institut de Formation en Ergothérapie de La Musse

**INSERM** : Institut national de la santé et de la recherche médicale

**MMJ** : La Mutuelle des Métiers de la Justice et de la sécurité

**MOH**: Modèle de l'Occupation Humaine

**MOHOST**: Model of Human Occupation Screening Tool

**MCREO** : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels

**OCAIRS**: Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale

**OMS** : Organisme Mondiale de la Santé

**WFOT**: World Federation of Occupational Therapy



## Introduction

Selon le plan cancer 2014-2019, les cancers représentent la première cause de mortalité avec environ 150 000 décès annuel en France (p.3). Aujourd'hui, « *le risque de décéder d'un cancer a toutefois diminué notablement grâce aux diagnostics plus précoces et aux progrès thérapeutiques.* » Plus de 50% des personnes qui ont un cancer en guérissent.

« *La dégradation de la qualité de vie après un cancer varie selon les localisations. Ainsi, deux ans après le diagnostic, 56 % des femmes atteintes d'un cancer du sein ont une qualité de vie dégradée* » (p.60) (Plan-cancer-2014-2019-V4).

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), « *le cancer du sein bénéficie d'un pronostic à long terme favorable, d'autant plus qu'il est diagnostiqué et pris en charge de plus en plus tôt* » (HAS, janvier 2010). En effet, le cancer reste une épreuve difficile sur le plan physique et psychologique. La maladie et ses traitements entraînent des ruptures dans la vie sociale, professionnelle ou scolaire (p.59). « *Confrontées aux conséquences de la maladie sur leurs ressources économiques, sur leurs études ou leur travail, les personnes malades les ressentent comme une double peine* » (p.75). En outre, l'annonce du cancer est souvent brutale, brusquement les femmes se rendent compte que cette anomalie au niveau de leur sein peut menacer leur vie, et qu'il faut rapidement y faire face en prenant des décisions. Ces femmes doivent se soigner, tout en choisissant l'équipe médicale, en annonçant la mauvaise nouvelle à leur entourage, et en gérant leur vie professionnelle (Plan-cancer-2014-2019-V4).

Pour les accompagner durant cette épreuve, les patientes doivent quel que soit leur type et lieu d'accompagnement, avoir accès à des soins de support. Ces soins de support sont conjoints aux traitements onco-hématologiques et visent à garantir une meilleure qualité de vie au niveau physique, social et psychologique en prenant en compte la variété des besoins et des attentes, des usagers et de leur entourage (HAS, janvier 2010).

Les ergothérapeutes sont considérés comme des professionnels de soins de support, puisqu'ils interviennent directement sur les occupations des malades. En effet, l'ergothérapie est considérée comme « *l'art et la science de faciliter la participation à la vie quotidienne, et ce, à travers l'occupation ; l'habilitation des gens*

*à effectuer les occupations qui favorisent la santé et le bien-être ; et la promotion d'une société juste et n'excluant personne afin que tous puissent participer de leur plein potentiel aux activités quotidiennes de la vie » (ACE-CAOT, p.26, 2008).* L'occupation dans le jargon ergothérapeutique est définie comme « *l'ensemble d'activités et de tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification* ». Selon l'Association Canadienne des Ergothérapeutes et le Canadian Association of Occupational Therapists, l'occupation est considérée comme l'intermédiaire thérapeutique des ergothérapeutes (ACE-CAOT, 2008) in (ACE,2002).

## **Cadre contextuel et question de départ**

Ce sujet émane d'expériences personnelles. En effet, cette année une personne très proche a eu un cancer du sein, j'ai dû être présent pour l'accompagner lors de ce choc émotionnel et physique. Il a fallu durant la phase post-opératoire, fournir nettement plus d'aides qu'habituellement dans des tâches de la vie quotidienne, telles que s'occuper de l'entretien de sa voiture, faire le ménage en hauteur, lui savonner le dos ou l'aider à mettre un soutien-gorge. Cette expérience m'a alors questionné sur le rôle d'un ergothérapeute dans l'accompagnement d'une femme atteinte du cancer du sein dans ses activités de la vie quotidienne, afin de l'aider à retrouver une certaine indépendance.

Il va falloir me décentrer de mes valeurs et adapter une certaine posture d'extériorité à l'objet. Il est nécessaire de garder une neutralité tout au long de mon travail. Il est alors fondamental d'effectuer un long travail de distanciation par rapport à mon thème de recherche, il faudra constamment veiller à ne pas analyser les faits et articles scientifiques selon ma propre interprétation.

Cette personne proche, ainsi que d'autres personnes de ma famille ayant été atteints par un cancer du sein, n'ont jamais pu rencontrer d'ergothérapeute durant leur accompagnement. J'ai pu me rendre compte grâce à un échange avec une intervenante ergothérapeute travaillant en oncologie, que ce métier est très peu étendu dans ce domaine en France, mais tend à se développer.

Les femmes ayant un cancer du sein ont de nombreuses demandes concernant leur vie quotidienne. L'accompagnement de la patiente durant la phase post-opératoire est essentiel pour l'aider à entretenir une bonne qualité de vie, visant à réduire sa

souffrance morale (Institut du sein Henri Hartmann, mai 2020). Les ergothérapeutes sont nécessaires dans le processus de prise en soin des femmes atteintes de cancer du sein, il est intéressant de savoir de quelle manière ces professionnels interviennent.

En 2019, un témoignage a été réalisé par l'Institut du Sein de Paris sur Madame Cunin N. Elle rapporte que son cancer du sein a totalement changé sa vie. En effet, après son combat, elle a fondé le COS (Cancer Organisation Service), qui est un organisme qui oriente tout patient touché par un cancer, vers les meilleurs centres, spécialistes et soins de support (tel que les infirmiers, les kinésithérapeutes ou encore les nutritionnistes). Elle dit vouloir « *éviter au patient de passer trop de temps dans le milieu hospitalier, non pas parce que c'est négatif, mais parce qu'on est bien chez soi, on peut se reposer, et aujourd'hui on peut mettre en place des systèmes qui vont nous permettre de vivre correctement la maladie en étant chez nous* » (L'Institut du Sein Paris : Cancer du Sein, Chirurgie Plastique et Oncoplastique, 2019, Youtube).

Ce témoignage m'interpelle puisque cette femme n'évoque pas l'ergothérapie, alors que son objectif principal de retour à domicile pour les patients atteints d'un cancer est réalisable par les ergothérapeutes. Ces professionnels sont habilités à permettre le retour à domicile des femmes atteintes de cancer du sein par le biais de rééducation et réadaptation. La compétence 2 du diplôme d'Etat d'ergothérapie stipule « *Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement* » que les ergothérapeutes sont capables de « *Concevoir des mises en situation écologique permettant d'anticiper le retour de la personne dans son milieu de vie* » (Referentiel-de-competences-DEE.pdf, 15 août 2010, p.178).

Ces réflexions ont amené ma question de départ qui est :

**Comment l'ergothérapeute accompagne les femmes atteintes du cancer du sein, durant la phase post-opératoire, dans le maintien de leur participation occupationnelle ?**

L'utilisation du terme maintien dans ma question de départ suppose que les femmes ayant un cancer du sein ont leur participation occupationnelle affectée ; alors j'évoque implicitement la pertinence d'un suivi en ergothérapie.

Mon mémoire va se consacrer à la phase post-opératoire du cancer du sein. D'une part pour réduire le champ d'analyse et de recherche, d'autre part, c'est la période durant le processus de développement de la maladie où la participation occupationnelle est la plus atteinte. En effet, les traitements proposés durant cette phase induisent des effets secondaires qui vont affecter la qualité de vie de ces femmes (Morel et al., 2010).

De même, cette étude va se focaliser sur le cancer du sein touchant exclusivement les femmes. En effet, les hommes ont également du tissu mammaire, mais qui est moins développé que chez les femmes. Le traitement du cancer du sein chez l'homme a quelques différences par rapport à celui de la femme. Il sera traité comme le cancer du sein chez une femme ménopausée qui ne produira plus d'œstrogène. Les hommes n'ont pas été pris en compte dans cette étude, puisqu'ils sont affectés d'un peu moins de 1% sur tous les cancers du sein (Société Canadienne du Cancer s. d.). Ce choix a été fait pour avoir un type de population ciblé et pour affiner les recherches littéraires.

## **I. Cadre conceptuel**

Il est important de définir des mots clefs en lien avec le thème de mémoire pour mettre en valeur ce qui est pertinent. Cette tâche permettra de mieux cerner les concepts mobilisés pour les utiliser de manière appropriée. Enfin, définir des mots clefs est capital pour avoir une cohérence dans le fil conducteur.

Les concepts choisis sont : ergothérapie, cancer du sein, phase post-opératoire, participation occupationnelle et le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH). Deux d'entre eux seront définis de manière plus explicite. Les termes « *cancer du sein* » et « *participation occupationnelle* » semblent essentiels à définir pour une meilleure compréhension de la thématique.

## 1. Qu'est-ce que le cancer ?

### a. Généralités sur le cancer

Le cancer est une tumeur qui découle de la reproduction anarchique de cellules dans un organe ou un tissu, quelle que soit la partie du corps. L'accumulation d'altérations génétiques dans une cellule va causer la modification de ses propriétés. Les cellules affectées par un cancer auront un cycle de multiplication incontrôlable, ne pourront plus communiquer avec leur environnement. Elles utiliseront les cellules voisines afin d'alimenter leur croissance grâce au réseau vasculaire.

Tous les cancers se forment par une lésion précancéreuse. Cette lésion est seulement visible au microscope, rendant le dépistage compliqué durant cette phase. Ce type de lésion est susceptible d'évoluer vers un cancer.

La cellule cancéreuse va se proliférer entraînant l'augmentation de la taille globale du cancer. Le cancer va alors envahir ses tissus voisins créant une tumeur primitive. Puis, les cellules tumorales vont se déloger de la tumeur de formation à travers la circulation sanguine et les ganglions. Elles vont coloniser d'autres organes et tissus pour former des métastases, nous pouvons parler de tumeurs secondaires (Fondation recherche médicale, avril 2021).

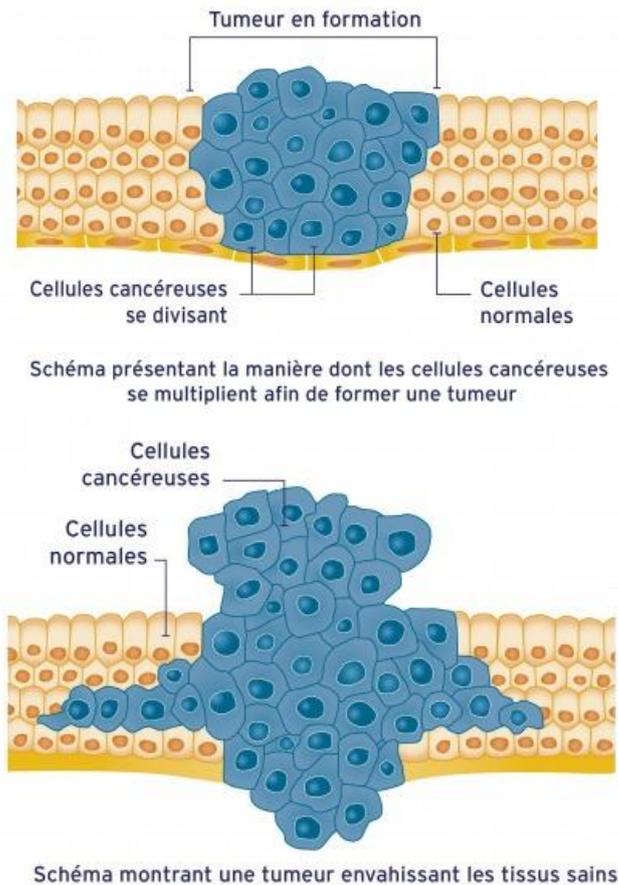


Figure 1 : Processus de multiplication et prolifération de cellules cancéreuses (Fondation contre le Cancer, novembre 2020).

On peut distinguer différents stades dans un cancer qui déterminent les degrés d'extension.

- Le stade 1 correspond à une seule tumeur de petite taille.
- Le stade 2 est une tumeur grossissante, devenant de plus en plus volumineuse.
- Le stade 3 équivaut à l'envahissement de la tumeur dans les tissus voisins et/ou ganglions lymphatiques.
- Le stade 4 indique la présence de métastases dans d'autres organes (Fondation contre le Cancer, novembre 2020).

### b. Focalisation sur le cancer du sein

Selon le site Centers for Disease Control (CDC) « *Breast cancer is a disease in which cells in the breast grow out of control. There are different kinds of breast*

*cancer. The kind of breast cancer depends on which cells in the breast turn into cancer »*<sup>1</sup> (CDC Breast Cancer, septembre 2021).

Cette maladie demeure encore mal connue, il faut aborder le cancer du sein dans sa complexité pour trouver le traitement le plus adapté pour chacune des femmes en fonction de son type et de sa gravité. Différents cancers du sein peuvent être distingués tels que, les cancers in situ et les cancers infiltrants (CDC Breast Cancer, septembre 2021).

Pour les cancer in situ, « *les lésions correspondent à une prolifération de cellules malignes sans rupture de la membrane basale, donc ne comportant pas de risque théorique d'envahissement ganglionnaire* » Tandis que les cancers infiltrants ont une prolifération tumorale qui va dépasser la membrane basale pour envahir les tissus conjonctifs (Cancer et environnement, INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), Paris, 2008).

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), le cancer peut se propager dans les ganglions lymphatiques proches, autrement nommé métastase régionale ; ou atteindre d'autres organes du corps, définit comme une métastase distante. Une femme décédant du cancer du sein aura présenté des métastases dans plusieurs parties de l'organisme, autrement dit elle aura développé un cancer généralisé (OMS, mars 2021).

*“Breast cancer can begin in different parts of the breast. A breast is made up of three main parts: lobules, ducts, and connective tissue. The lobules are the glands that produce milk. The ducts are tubes that carry milk to the nipple. The connective tissue (which consists of fibrous and fatty tissue) surrounds and holds everything together. Most breast cancers begin in the ducts or lobules.”*<sup>2</sup> (CDC Breast Cancer, septembre 2021).

---

<sup>1</sup> « *Le cancer du sein est une maladie dans laquelle les cellules du sein se développent de manière incontrôlable. Le type de cancer du sein dépend des cellules du sein qui se transforment en cancer.* »

<sup>2</sup> « *Le cancer du sein peut commencer dans différentes parties du sein. Un sein est composé de trois parties principales : les lobules, les canaux et le tissu conjonctif. Les lobules sont les glandes qui produisent le lait. Les conduits sont des tubes qui transportent le lait jusqu'au mamelon. Le tissu conjonctif (qui se compose de tissu fibreux et adipeux) entoure et maintient tout l'ensemble. La plupart des cancers du sein commencent dans les canaux ou les lobules.* »

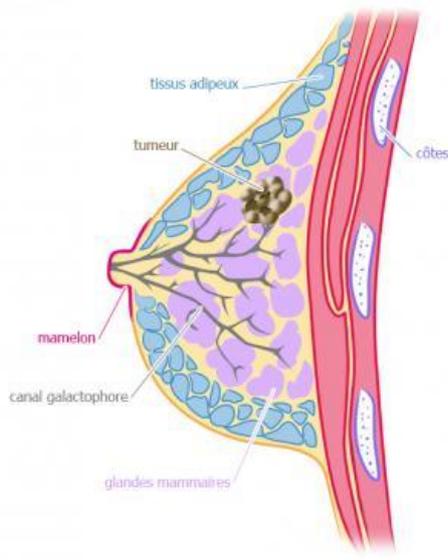


Figure 2 : Anatomie d'un sein atteint d'un cancer (Coucq T., D'Hondt V., Medipedia, s. d.)

La suspicion est faite le plus souvent par mammographie ou lorsque les femmes sentent une modification de leur sein. Cette modification peut être par le ressenti d'une boule au toucher, un changement de la peau ou encore un écoulement provenant du mamelon (Santé Publique France, juillet 2021).

Le diagnostic du cancer du sein est confirmé par un bilan anatomopathologique sur prélèvement biopsique (HAS, janvier 2010). Près de 59 000 cancers du sein ont été détectés en 2018 avec 12 100 décès cette même année (L'Assurance Maladie Ameli, mai 2021).

Le cancer du sein est le cancer féminin le plus récurrent en Occident, environ 1 femme sur 8 en France développe un cancer du sein au cours de sa vie (Santé Publique France, juillet 2021).

### c. Facteurs de risque du cancer du sein

Il existe plusieurs facteurs de risque du cancer du sein. Il faut savoir que certaines mutations génétiques sont susceptibles d'augmenter le risque de cancer du sein (A. Nkondjock et P. Ghadirian, Médecine sciences, février 2005). « Environ 5 à 10 % des cas de cancer du sein seraient liés à une prédisposition génétique » (Unité Cancer et environnement, novembre 2019). Deux gènes de transmission dominante autosomique, BRCA1 et BCRA2, semblent plus impliqués. En effet, par rapport à la population générale, les femmes porteuses des mutations sur ces gènes présentent un risque accru de cancer du sein.

Le facteur de risque le plus important dans le cancer du sein est l'âge. Cette maladie est rare chez les femmes de moins de 30 ans, mais le risque augmente entre 50 et 75 ans (A. Nkondjock et P. Ghadirian, Médecine sciences, février 2005). Plus précisément, le risque de cancer du sein augmente par un âge précoce aux menstruations, la nulliparité et une ménopause retardée (Clavel-Chapelon et Gerber, 2002) in (Cancer et environnement, novembre 2017).

Des essais sont en cours à propos de l'alimentation et le cancer du sein, en effet, « *les éléments protecteurs restent largement inconnus malgré de nombreuses études nutritionnelles* » (Cancer et environnement, novembre 2017). L'obésité augmente de 50% la probabilité de cancer du sein chez les femmes en ménopause, ainsi l'activité physique modérée d'environ une demi-heure à une heure par jour permet de diminuer de 35% les risques. Le tabac et l'alcool sont également des facteurs de risque du cancer du sein (A. Nkondjock et P. Ghadirian, Médecine sciences, février 2005).

Cette maladie est donc multifactorielle mais plusieurs de ces facteurs de risque peuvent être évités et l'ergothérapie peut aider à cela (A. Nkondjock et P. Ghadirian, Médecine sciences, février 2005).

Même si tous les facteurs de risque étaient contrôlés, il ne serait possible de réduire le risque de cancer du sein que de 30 % (OMS, mars 2021).

## 2. La phase post-opératoire et les traitements dans le cancer du sein

La phase post-opératoire correspond à la période qui se produit après une opération chirurgicale.

D'abord il existe deux possibilités chirurgicales en fonction du stade d'évolution du cancer. Soit une tumorectomie qui consiste à retirer la tumeur ainsi que le tissu qui l'entoure, tout en conservant le sein. Soit une mastectomie totale qui signifie le retrait intégral du sein (L'Assurance Maladie Ameli, mai 2021).

### a. La chirurgie

Après l'opération, la patiente est emmenée en salle de réveil. L'intervention provoque quelques douleurs au niveau de la zone opérée. Un drain est mis en place au niveau de l'incision durant l'intervention afin d'évacuer les liquides pouvant s'accumuler tout au long de la cicatrisation. Pour éviter une phlébite, il est conseillé aux patientes de

porter des bas de contention, et de se lever rapidement. L'hospitalisation va durer entre un et quatre jours selon l'état de santé générale. Les éléments retirés (ganglions ou tumeurs) seront transmis au laboratoire d'anatomie pathologie pour être analysés. Cet examen va confirmer le type ainsi que le stade de la tumeur, en fonction de la propagation des cellules cancéreuses. Ces résultats permettront de décider si un traitement complémentaire à la chirurgie est nécessaire (Institut National du Cancer, s. d.).

La chirurgie est souvent complétée par d'autres méthodes thérapeutiques. Tous ces traitements sont difficilement gérables et sont considérés comme des épreuves à part entière. Selon le témoignage de Mélanie, 34 ans, « *Le parcours du combattant, comme je l'appelle, a commencé par l'ablation de mon sein. Après, j'ai eu de la chimiothérapie pendant 5 mois, avec des injections de thérapies ciblées, et de la radiothérapie pendant 6 semaines* » (Mon Cancer, vidéo en ligne, juin 2020).

### b. La radiothérapie

La radiothérapie complète souvent la chirurgie. Il s'agit de soumettre les zones traitées (sein, ganglions) sous rayons X de haute énergie afin de détruire les cellules cancéreuses. Les séances suivent généralement un programme d'une fois par jour sur cinq jours, durant trois à six semaines. Même si cela ne dure que quelques minutes, les femmes sont susceptibles de rencontrer des effets secondaires tels que des rougeurs, des brûlures, des douleurs, un œdème au sein et de la fatigue.

### c. La chimiothérapie

Une chimiothérapie peut être prescrite selon les types de cancer du sein, avant ou après l'opération. En phase post-opératoire, « *l'objectif principal est d'empêcher la multiplication des cellules cancéreuses, localement, ou à distance (métastases)* » (L'Assurance Maladie Ameli, mai 2021). Le procédé consiste à injecter par perfusion veineuse un agent chimiothérapeutique pour combattre les cellules cancéreuses. La chimiothérapie dure généralement trois à six mois et les séances sont suivies d'un temps de repos pour permettre au corps de récupérer. Les effets secondaires des traitements sont nombreux et induisent de la fatigue, des nausées, des aphtes et mucites, des troubles cutanés, des anomalies sanguines, une perturbation du cycle menstruel ou encore de l'alopecie.

#### d. L'hormonothérapie

L'hormonothérapie est un traitement médicamenteux prescrit uniquement aux femmes qui ont un cancer du sein hormonodépendant. « *Un cancer du sein est dit hormonodépendant lorsqu'au moins 10% des cellules de la tumeur possèdent des récepteurs hormonaux aux œstrogènes et/ou à la progestérone* » (L'Assurance Maladie Ameli, mai 2021). L'hormonothérapie aura pour objectif de neutraliser l'effet des œstrogènes, donc d'éviter la stimulation des cellules cancéreuses. L'hormonothérapie est le plus long des traitements contre le cancer du sein, puisqu'il est prescrit sur cinq ans. Les effets secondaires sont des bouffées de chaleur et l'irrégularité des cycles menstruels.

#### e. Les thérapies ciblées

Les thérapies ciblées agissent sur les cellules tumorales dans le but de bloquer leurs multiplications. Pour cela, ces médicaments vont interférer avec les anomalies moléculaires à l'origine des cellules cancéreuses. Les thérapies ciblées peuvent opérer à trois endroits différents de la cellule atteinte. Elles peuvent agir sur les facteurs de croissance, sur les messagers dans la cellule, sur les récepteurs ou sur les éléments à l'intérieur de la cellule (Institut National du Cancer, s. d.).

Si la maladie est diagnostiquée précocement, le traitement peut être efficace, en offrant une probabilité de survie de 90% (OMS, mars 2021). Tous ces longs traitements et les effets secondaires qui en résultent, puisent énormément d'énergie. Les femmes auront des modifications dans leur vie quotidienne (MMJ Mutuelle des Métiers de la justice et de la sécurité, février 2019).

### 3. Les effets indésirables des traitements du cancer du sein

La maladie demeure une épreuve compliquée pour les patients, tant sur le plan physique, cognitif, et psychologique. En effet, « *être atteint d'un cancer, c'est apprendre à vivre avec la maladie* » pendant les traitements (Institut National du cancer, La vie cinq ans après un diagnostic de cancer, p.7, juin 2018).

#### a. Au niveau physique

Selon l'enquête VICAN V par l'Institut National du Cancer en juin 2018, « *la fatigue est le symptôme le plus fréquemment et spontanément rapporté par les personnes traitées pour un cancer, et ce de manière durable, jusqu'à des années après la fin*

*des traitements.* » D'autant plus que parmi tous les cancers, la prévalence de la fatigue est plus importante chez les femmes (Institut National du cancer, La vie cinq ans après un diagnostic de cancer, p.92, juin 2018). En outre, la fatigue est peu soulagée par le sommeil « *on se réveille encore fatigué et chaque activité devient une épreuve* » (MMJ, février 2019).

La douleur dans le cancer du sein peut être due aux traitements ou si la tumeur est située dans une zone sensible. Le ressenti de la douleur diffère selon chaque patiente. « *La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes* » (Ministère des Solidarités et de la Santé, décembre 2021). La douleur aura un retentissement direct sur la vie quotidienne.

L'enquête VICAN V montre que parmi les cancers existants, les douleurs neuropathiques apparaissent le plus souvent chez les femmes atteintes d'un cancer du sein (Institut National du cancer, La vie cinq ans après un diagnostic de cancer, p.104, juin 2018). Les douleurs neuropathiques sont causées par des lésions du système nerveux dues à la tumeur ou aux traitements du cancer (Lema, 2010 ; Treede, 2015) in (Institut National du cancer, La vie cinq ans après un diagnostic de cancer, p.105 juin 2018). Elles altèrent l'ensemble du quotidien des femmes.

Régulièrement, les personnes atteintes d'un cancer du sein se plaignent des membres supérieurs, notamment de leur bras dominant (Institut National du cancer, La vie cinq ans après un diagnostic de cancer, p.63, juin 2018).

D'ordre général, ces femmes sont atteintes d'un lymphœdème, résultant de l'ablation des ganglions lymphatiques lors de la chirurgie. « *Un lymphœdème du membre supérieur est un gonflement provoqué par le ralentissement ou le blocage de la circulation de la lymphe* » (Institut National du Cancer, s. d.). La lymphe s'amoncelle dans la peau du bras et peut entraîner l'augmentation de son volume. L'apparition du lymphœdème peut être retardée grâce à des techniques de rééducation spécifiques ou à des vêtements compressifs (Institut National du Cancer, s. d.).

En lien avec les effets indésirables du membre supérieur, les patientes sont susceptibles d'avoir un syndrome d'enflure douloureuse qui endommage les tissus des mains et des pieds. Ces symptômes entraînent une sensation de brûlure, de picotement voire de douleur aiguë. La peau des extrémités devient rouge et gonflée. (Canadian Breast Cancer Network, s.d.).

Durant les traitements, les femmes sont susceptibles de rencontrer une perte transitoire de désir sexuel. De plus, « *Après un cancer du sein, la chimiothérapie peut entraîner un arrêt temporaire des règles* » (MMJ, février 2019).

### b. Au niveau psychologique

Certaines femmes sont dans l'obligation de subir une mastectomie totale dans deux situations :

- Lorsque la tumeur est trop imposante en comparaison à la taille du sein.
- Lorsque le cancer est présent dans plus d'une région du sein (Société Nationale du cancer, s.d.).

La perte totale du sein peut être traumatisante psychologiquement. « *Un travail de deuil d'une image corporelle d'avant le cancer se fera progressivement et permettra d'éviter une déception* » (Mon Cancer Du Sein, juillet 2021).

De façon plus générale, le cancer du sein et ses traitements altère l'image corporelle et l'estime de soi. L'image corporelle correspond à la façon dont chacun perçoit son corps. Tandis que l'estime de soi est liée à la conscience de sa valeur personnelle. La perte de cheveux ou le manque d'un sein sont susceptibles de dégrader ces deux concepts psychologiques (Société Nationale du cancer, s.d.). Mélanie, 34 ans témoigne : « *Je dirais que la perte de cheveux a été assez violente. C'est vraiment l'image de soi qui en prend un coup.* » (Mon Cancer, 30 juin 2020, C'était mon sein pour ma vie, Youtube).

Les femmes ressentent une perte de féminité à cause des effets indésirables des traitements. La baisse d'estime de soi ou d'image corporelle peut entraîner une dépression chez les patientes. En effet, l'anxiété et la dépression affectent environ un quart des femmes (Canadian Breast Cancer Network, s.d.).

### c. Au niveau cognitif

La chimiothérapie est un traitement qui peut provoquer entre 15 et 50% de troubles cognitifs. Il existe une distinction entre les résultats des évaluations et les plaintes des patientes qui sont plus fréquentes. Ces troubles « *semblent affecter la mémoire, l'attention, les fonctions exécutives et la vitesse de traitement de l'information* ».

Dans la vie quotidienne, les femmes décrivent des difficultés d'attention pour réaliser deux tâches simultanément, un ralentissement de leur raisonnement et quelques pertes de mémoire. Ces effets secondaires entraînent une répercussion négative sur les activités de la vie quotidienne. Les difficultés cognitives sont transitoires après la chimiothérapie mais peuvent perdurer jusqu'à dix ans post-traitement (Morel et al., 2010).

« *Les traitements pour lutter contre le cancer peuvent avoir des répercussions sur la qualité de vie et la participation à des activités significatives* » (CAOT, ACE, s. d.).

#### 4. Les retentissements du cancer dans la vie quotidienne

Ces répercussions dans la vie quotidienne peuvent être assimilées à la personne et ses actions mais également à son environnement.

Ces retentissements corrélés aux traitements peuvent entraîner une baisse d'engagement de la personne dans ses occupations significatives, comme l'entretien de la maison, le retour au travail ou le fait de remplir correctement des rôles sociaux antérieurs (AOTA, 2019). Selon l'article (Lapointe, J. 2012), la douleur engendrée par le cancer va entraver les rôles habituels des usagers dans leurs activités significatives. « *This can have a profound impact on one's economic status and personal interactions, which affect overall occupational performance, quality of life, and well-being* »<sup>3</sup> (AOTA, 2019).

Un environnement social, présent et soutenant joue un rôle important dans l'épreuve d'un cancer. Pourtant, « *L'expérience subjective d'attitudes de rejet ou de discrimination dans l'environnement familial, amical ou social concerne 9,1 % des personnes atteintes de cancer* » (Préau et al., juillet 2017).

Tous ces retentissements sont spécifiques à chacun. La façon dont l'individu va agir face à ces modifications occupationnelles reflète sa construction personnelle dans le temps, à travers son vécu occupationnel. Les répercussions de la maladie dans la vie quotidienne des patientes peuvent être diminuées par un ergothérapeute, connu pour être le professionnel spécifique des occupations.

---

<sup>3</sup> Cela peut avoir un impact profond sur le statut économique et les interactions personnelles d'une personne, qui affectent la performance professionnelle globale, la qualité de vie et le bien-être.

## 5. L'ergothérapie

### a. Définition

D'abord, nous pouvons définir l'ergothérapie qui est le fait de « *prendre en charge le patient dès lors qu'un problème de santé limite ses possibilités d'effectuer ses soins personnels, de se déplacer et de communiquer. Ainsi, L'ergothérapeute prévient et réduit les situations de handicap en maintenant les activités du quotidien de manière sécurisée, en tenant compte des habitudes de vie et de l'environnement du patient* » (Ministère des Solidarités et de la Santé, mars 2012).

Nous pouvons compléter cette définition avec celle de l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes) qui indique que « *L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société* » (ANFE,2017).

### b. L'occupation en ergothérapie

« *La science de l'occupation est une discipline scientifique dont l'objet d'étude est l'occupation humaine et dont le but est de faire progresser les savoirs sur celle-ci en rapport avec la santé, la qualité de la vie et le bien-être* » (Molineux et Whiteford, 2011 ; Pierce, 2016 ; Molineux, 2010, p. 370) in (Meyer, 2018).

La vie est mouvementée par des occupations significatives. Cuisiner, faire le ménage, aller au sport ou sortir avec des amis, créent du sens à notre vie. L'occupation représente l'ensemble des activités effectuées par les individus dans leur vie quotidienne.

L'objectif principal de l'ergothérapie est la participation des personnes dans leurs occupations (WFOT, La pratique de l'ergothérapie centrée sur le client, 2010). « *Les occupations font partie de la vie ; elles nous définissent et elles sont le reflet de notre façon de nous percevoir* » (CAOT, ACE, s. d.). Une difficulté ou une maladie peut empêcher la participation à certaines de ces occupations, « *les ergothérapeutes peuvent nous aider à trouver les solutions qui nous permettront de participer à des activités quotidiennes porteuses de sens* (WFOT, La pratique de l'ergothérapie centrée sur le client, 2010).

## 6. L'ergothérapie en oncologie

« *L'ergothérapie en oncologie a pour but d'aider la personne confrontée à un cancer à reprendre le contrôle de sa vie malgré la maladie et les effets secondaires de son traitement* ». Ce professionnel de santé va aider les patients à s'adapter à leur changement quotidien, tout en soutenant leurs possibilités de participation occupationnelle (Pfaff M. et Rimaz D., L'oncologie, Ergothérapie Fribourg, s. d.). En effet, « *les ergothérapeutes aident les clients à maximiser leur fonctionnement quotidien et leur qualité de vie lorsque le cancer a des répercussions sur leur bien-être physique, émotionnel, relationnel et spirituel* » (Lapointe, J. 2012).

Les ergothérapeutes interviennent dans la rééducation de leurs patientes afin qu'elles retrouvent une situation occupationnelle la plus similaire à celle d'avant la survenue des traitements. "*Cancer rehabilitation is a process that helps breast cancer and other survivors to obtain and maintain the highest possible physical, social, psychological, and vocational functioning within the limits created by cancer and its treatments*"<sup>4</sup> (M.D. Stubblefield, The Underutilization of Rehabilitation to Treat Physical Impairments in Breast Cancer Survivors, 2017).

« *Occupational therapy practitioners have the knowledge and expertise to modify activities and environments to allow individuals to do the things they want and need to do to maintain quality of life* »<sup>5</sup> (Longpre S., NSU, Fact Sheet: Role of Occupational Therapy, 2011.). Les difficultés éprouvées par ces femmes sont variables d'une patiente à une autre. Chez certaines, cela sera plus marqué au niveau physique, tandis que chez d'autres, c'est l'aspect psychologique qui sera le plus touché. Chaque accompagnement en ergothérapie est spécifique en fonction des attentes et des besoins des femmes.

Selon l'article scientifique (Moreno-Chaparro et al. - 2018 - *Breaking paradigms, new breast cancer rehabilitation*), de nombreuses femmes qui suivent un traitement contre le cancer du sein ont besoin de l'intervention d'un ergothérapeute pour améliorer leur qualité de vie. « *Occupational therapy positively impacts the*

---

<sup>4</sup> « *La réadaptation du cancer est un processus qui aide les personnes avec des cancers du sein et d'autres survivants à obtenir et à maintenir le meilleur fonctionnement physique, social, psychologique et professionnel possible, dans les limites créées par le cancer et ses traitements.* »

<sup>5</sup> « *Les ergothérapeutes ont les connaissances et l'expertise de modifier les activités et les environnements pour permettre aux individus de faire ce qu'ils veulent et ce dont ils ont besoin pour maintenir leur qualité de vie.* »

*rehabilitation process of a person with cancer covering important aspects including initial diagnosis, survival phase or final stage of life »<sup>6</sup> (p.80).*

*« A comprehensive assessment process was initiated by occupational therapy through occupational history, observation of movements, execution of activities and application of tests by areas »<sup>7</sup> (p.80).* Ces professionnels vont intervenir à travers différentes sphères de la vie quotidienne altérées par la maladie. L'ergothérapeute effectue une rééducation des femmes, axée sur la prévention, l'amélioration des capacités, l'éducation et la compensation, en fonction des besoins de chacune.

Ce professionnel peut donner des conseils en lien avec la gestion du quotidien, l'aspect sécuritaire mais également sur les effets indésirables. Il est habilité à rééduquer certaines capacités perdues en lien avec l'autonomie. Enfin, il évalue les activités de la vie quotidienne des personnes en incluant leur environnement (Pfaff M. et Rimaz D., L'oncologie, Ergothérapie Fribourg, s. d.).

## 7. Le concept de participation occupationnelle émanant du MOH

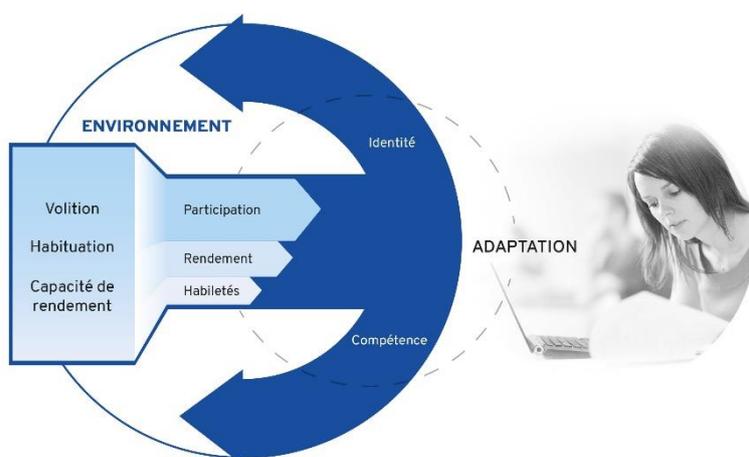


Figure 3 : Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) (« Modèle de l'occupation humaine | 5e édition | CRMOH | ULaval », 2021.)

<sup>6</sup> « Les ergothérapeutes peuvent intervenir à différents moments dans la vie d'une femme ayant un cancer du sein, du diagnostic jusqu'à la phase de survie. »

<sup>7</sup> « Pour déterminer les capacités et les compétences que possède la femme, l'ergothérapeute va procéder à des évaluations globales sur ses antécédents occupationnels, l'observation et l'exécution de ses mouvements pour faire une activité de la vie quotidienne et des mises en pratique. »

### a. La participation occupationnelle

En ergothérapie, le concept de participation occupationnelle est utilisé pour décrire les occupations personnelles ou contextualisées d'une personne agissant sur son bien-être et son engagement. La participation occupationnelle dans le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) selon Kielhofner (2002) est défini comme :

*« L'engagement dans le travail, les loisirs ou les activités de la vie quotidienne qui sont souhaitées et/ou nécessaires au bien-être de la personne, au sein d'un contexte social ».*

La participation implique ainsi les notions de faire et de signification sociale. Elle est personnelle car influencée par ses motivations, ses rôles, ses habitudes, ses habiletés et les limites du patient. Elle est aussi contextuelle, puisqu'elle peut être facilitée ou restreinte par l'environnement (Kielhofner, 2002).

En 2017, Parkinson, Forsyth et Kielhofner ont écrit que *« Ces composantes contribuent à orienter ses choix occupationnels et donc à s'engager selon ce qui s'avère signifiant pour lui »*. Les composantes évoquées ici sont les déterminants personnels de la personne ainsi que ses valeurs ; qui vont expliquer une participation à une occupation ou non.

Le MOH est le modèle qui propose le plus d'outils utilisables dans la pratique, ils sont divers et variés, ce qui crée un ensemble de ressources clefs. Ils vont permettre de *« structurer le recueil de données concernant la personne, de comprendre ses forces et ses difficultés quant à son engagement et sa participation dans ses activités quotidiennes »* (Morel Bracq M.C, les Modèles conceptuels en ergothérapie, janvier 2017, p.73).

Le MOH peut être décrit en trois catégories, nommées respectivement : l'Etre (composantes de la personne), l'Agir (la manière d'effectuer une action) et le Devenir (la façon dont une personne va s'adapter à ses activités). Ces trois éléments sont en lien avec l'environnement, et forge l'individu lors de ses expériences.

### b. L'Etre occupationnel

L'Etre a trois composantes :

La volition correspond à la motivation d'une personne à faire quelque chose comprenant ses valeurs, ses centres d'intérêt et ses déterminants personnels,

autrement dit ce qu'un individu connaît sur son auto-efficacité à réaliser une tâche. La fatigue et la douleur vont affecter la façon dont les usagers vont évaluer leur efficacité. De même, une mauvaise gestion des émotions affectera négativement ce sentiment de compétence dans les occupations (Centre de référence du MOH, Youtube, 2021). La perte de la volition pour les femmes ayant un cancer du sein est un facteur déclencheur de la perte d'engagement dans une activité. Selon Kielhofner, « *la volition est le processus qui va permettre à la personne de s'engager dans une activité* » (Morel Bracq M.C, les Modèles conceptuels en ergothérapie, janvier 2017, p.75).

L'habitude est le fait d'adopter des comportements automatiques dans un environnement familier. Elle comprend les habitudes et les rôles incorporés d'une personne lors de l'activité réalisée. Le concept d'habitude fait en sorte que les individus ont besoin de moins de réflexion pour participer à leurs occupations. La vie implique des changements de rôles occupationnels significatifs, alors les femmes atteintes d'un cancer du sein sont susceptibles de subir des changements de rôles au cours de leur maladie. Ces modifications affecteront l'estime de soi. Elles peuvent également avoir leurs habitudes influencées par la perte de capacités (Centre de référence du MOH, Youtube, 2021).

Enfin, la capacité de rendement comprend les capacités, les aptitudes à réaliser une activité et le ressenti corporel face à celle-ci. Elle peut être évaluée ou décrite par les femmes elles-mêmes, en estimant par exemple leur bien-être ou leur douleur (Morel Bracq M.C, les Modèles conceptuels en ergothérapie, janvier 2017, p.75).

### c. L'Agir occupationnel

La seconde catégorie du MOH est l'Agir qui comprend 3 composantes :

La participation occupationnelle est « *l'engagement effectif de la personne dans ses activités productives, de loisirs et de vie quotidienne au sein de contextes socio-culturels spécifiques* » (Morel Bracq M.C, les Modèles conceptuels en ergothérapie, janvier 2017, p.75). Elle correspond à une gamme d'occupations dans laquelle l'individu va s'engager, dans une durée quelconque. (Centre de référence du MOH, Youtube, 2021).

Le rendement occupationnel est la manière de réaliser une tâche. Les occupations ont une série d'étapes qui ont un ensemble cohérent avec la participation.

Les habiletés sont des actions dirigées vers un but. Elles peuvent être motrices, opératoires ou d'interactions.

Ces trois composantes sont sous forme d'entonnoirs et correspondent à la réalisation pure d'une activité. L'intensité de la participation occupationnelle varie au cours de la vie, en lien à des évènements. Les femmes ayant un cancer du sein sont susceptibles de rencontrer des difficultés dans certaines habiletés qui engendreront un défaut de rendement de la tâche à effectuer et donc un obstacle dans leur participation à l'occupation. A noter, qu'il est possible de participer à des activités sans en effectuer toutes les étapes, et donc de favoriser la participation occupationnelle (Centre de référence du MOH, Youtube, 2021).

#### d. L'Adaptation occupationnelle

Enfin la troisième catégorie est le Devenir, appelé depuis peu l'Adaptation occupationnelle. Elle correspond à l'ensemble des expériences vécues lors d'activités qui créent l'identité occupationnelle.

L'identité occupationnelle est « *un amalgame subjectif de ce que la personne est et de ce qu'elle souhaite devenir.* » Celle-ci est liée à la compétence occupationnelle qui est « *la capacité à remplir les obligations et les responsabilités liées aux divers rôles tout en s'assurant que nos routines ont du sens et restent en accord avec nos valeurs* » (Morel Bracq M.C, les Modèles conceptuels en ergothérapie, janvier 2017, p.76).

L'adaptation occupationnelle est le produit de toute la dynamique du MOH, qui se développe tout au long de la vie (Centre de référence du MOH, Youtube, 2021).

#### e. L'Environnement

L'environnement est en corrélation avec les trois processus du MOH (l'Etre, l'Agir et le Devenir). Il induit des contraintes ou des ressources qui vont influencer la participation de la femme dans son activité. Nous pouvons définir l'environnement comme un « *ensemble des particularités physiques, sociales et occupationnels d'un contexte dans lequel on fait quelque chose et qui a un impact sur ce qu'on fait et comment on le fait* ».

L'environnement peut être physique, social ou occupationnel en fonction de trois niveaux de contextes (immédiat, local ou global). Un même environnement peut être

stimulant pour une personne et restreignant pour une autre, ce qui montre la subjectivité de chacun. Le MOH « *considère l'environnement comme un levier de changement important dans la vie occupationnelle* » (Centre de référence du MOH, Youtube, 2021).

#### f. Le MOH en lien avec le cancer du sein

Le MOH « *place les actions, les pensées et les sentiments de la personne comme dynamique centrale de la thérapie. Les choix de la personne, ses actions et ses expériences sont donc le cœur du processus thérapeutique* » (Morel Bracq M.C, les Modèles conceptuels en ergothérapie, janvier 2017, p.78). Ce modèle conceptuel va permettre de comprendre davantage les plaintes des femmes grâce à une approche focalisée. Il permettra de faire du lien entre la pratique ergothérapique en oncologie et l'abord holistique des problématiques d'une femme atteinte d'un cancer du sein. Pour qu'un individu puisse faire face à un changement qui va bouleverser sa vie quotidienne, il faudra l'accompagner afin qu'il participe à nouveau, dans les occupations qui ont du sens pour lui.

#### g. L'utilisation du MOHOST comme médiateur

Pour la poursuite de mon travail, il peut être intéressant de me baser sur le MOH, plus particulièrement sur le MOHOST (Model Of Human Occupation Screening Tool) (Annexe 1). C'est un instrument de mesure pertinent pour évaluer la participation occupationnelle d'une personne. Le MOHOST se présente sous la forme d'une échelle de cotation à 4 niveaux, qui sont respectivement : facilite, permet, inhibe et empêche. Il peut être utilisé avec tout type de population à partir de recueil ergothérapique tels que des observations ou des entretiens (Parkinson, S., Forsyth, K. & Kielhofner, G. MOHOST, CRMOH, ULaval, version 2006). Il synthétise les forces et limites à la participation aux occupations de la personne, tout en parcourant les différents domaines du MOH.

Cet instrument de mesure met en évidence les ressources des personnes liées au changement, plus particulièrement la motivation, les habitudes et rôles, les habiletés de la personne et l'impact environnemental. Pour le remplir, l'ergothérapeute s'appuie sur des informations recueillies lors d'observations ou d'entretiens (ANFE, mai 2021).

## II. Question et hypothèse de recherche

Les différentes lectures scientifiques m'ont permis de souligner le fait que les femmes atteintes de cancer du sein subissent de multiples changements dans leurs occupations. Il est intéressant de réfléchir à la plus-value de l'ergothérapeute pour intervenir sur les occupations modifiées de ces femmes.

Mon cadre conceptuel a pu m'aider à formuler ma question de recherche qui est la suivante :

**De quelle manière l'ergothérapeute peut-il favoriser la participation occupationnelle des femmes atteintes d'un cancer du sein ?**

Mon hypothèse qui découle de cette question peut être posée :

L'utilisation du MOHOST par les ergothérapeutes favorise la participation occupationnelle des femmes.

## III. Phase expérimentale

### 1. Description de la phase expérimentale

#### a. Choix de la méthode et de l'approche

Pour construire mon enquête, l'utilisation de la méthode qualitative me semble la plus appropriée. La méthode qualitative étudie les faits sociaux difficilement mesurables. Elle a pour définition de permettre d'expliquer un phénomène en partant d'une ou plusieurs hypothèses de recherche. « *Les méthodes de recherche qualitative portent sur des questions subjectives d'une manière objective et systématique* » (Ratner, 2002) in (Kohn & Christiaens, 2014). Cette méthode s'intéresse à une définition que les individus ont de la réalité. Elle me permettra d'analyser plus facilement les retentissements du cancer du sein dans le parcours de vie d'une femme, en s'intéressant exclusivement aux aspects qualitatifs tels que l'expérience et le vécu de celle-ci.

A partir de cette méthode qualitative, nous allons appliquer l'approche hypothético-déductive qui « désigne, dans les sciences expérimentales, la méthode qui consiste à formuler des hypothèses et à en déduire des conséquences testables expérimentalement. Le principe du système est de permettre la vérification de l'hypothèse dans des contextes empiriques différents de ceux qui ont suggéré sa formulation » (Carmignani, 2017).

Par rapport à l'approche inductive, elle me semble plus accessible et protocolaire. En effet, il est préférable de se référer à une question de recherche prédéfinie pour aiguiller les recherches lors de la récolte de données empiriques. De plus, se baser sur des données théoriques en amont du recueil des données de terrain, va permettre l'émergence de nouveaux questionnements.

### b. Choix de la population cible

Selon D'HAINAUT, « la population d'étude comme un ensemble des éléments parmi lesquels on aurait pu choisir l'échantillon, c'est-à-dire l'ensemble des éléments qui possèdent les caractéristiques que l'on veut observer. » (Concept et méthode de la statistique, Fernand-Nathan, Paris, 1975, p. 16).

Ce mémoire s'intéresse aux femmes qui ont eu un cancer du sein et qui sont en phase post opératoire de celui-ci. D'après la loi JARDE du 2 mars 2012, un étudiant peut réaliser des entretiens auprès de patients, seulement si c'est dans l'objectif d'évaluer les pratiques professionnelles et/ou l'organisation des soins. (LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, 2012). La loi JARDE stipule qu'un étudiant ne peut pas interroger directement des patients qui sont encore affectés par leur maladie.

De plus, il faut prendre en considération que les traitements post-opératoires peuvent être longs et que « On parle de guérison si aucune récurrence n'est apparue plusieurs années après la fin du traitement ». Le nombre d'années pour parler de guérison est de minimum quinze ans pour le cancer du sein (Coucq T. Piccart M. D'Hondt V., Medipedia, s.d.). Nous préférons donc mener l'enquête expérimentale uniquement auprès d'ergothérapeutes.

Ma population cible vise des publics très différents, à la fois des ergothérapeutes qui utilisent le MOHOST dans leur pratique professionnelle et à la fois des ergothérapeutes qui travaillent en structure d'oncologie.

Mon premier échantillonnage inclut des ergothérapeutes diplômés d'Etat, qui utilisent le MOHOST dans leur pratique. Cela va permettre d'identifier davantage les leviers et freins de cet instrument et de faire un parallèle quant à son utilisation dans le domaine de l'oncologie.

Puis, mon deuxième échantillonnage concerne des ergothérapeutes travaillant dans le domaine de l'oncologie. Aucune structure, ni de phase précise de la maladie n'a été spécifiée, puisque nous avons pu constater dans l'élaboration du cadre conceptuel, que la participation occupationnelle des femmes était affectée à n'importe quel moment des traitements. Interviewer cette population va permettre de connaître la pratique ergothérapique auprès de malades et de faire le lien avec le cancer du sein.

Le choix d'avoir deux populations cibles est effectué, d'abord pour être certain d'avoir un échantillon suffisant pour mon travail de récoltes empiriques. Mais également afin d'être davantage scientifique en faisant une corrélation dynamique entre les ergothérapeutes travaillant en oncologie, en congruence avec les ergothérapeutes utilisant le MOHOST. De ce fait, lors de l'analyse de données, nous pourrons effectuer des croisements de données entre l'utilité du MOHOST, et l'accompagnement de l'ergothérapeute en oncologie des femmes malades.

Population 1 :		Population 2 :	
Critères d'inclusion :	Critères d'exclusion :	Critères d'inclusion :	Critères d'exclusion :
-Être ergothérapeute diplômé d'Etat	-Ne pas se baser sur le modèle du MOH	-Être ergothérapeute diplômé d'Etat	-Travailler dans une structure sans service d'oncologie
-Utiliser le MOHOST dans sa pratique		-travailler en structure d'oncologie avec des patients en phase de traitement	

Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion des populations cibles

### c. Choix de l'outil de recherche

Concernant le choix des outils de recueil de données, nous allons utiliser les entretiens semi-directifs. « *L'entretien semi-directif est donc une conversation ou un dialogue qui a lieu généralement entre deux personnes. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du*

*profane et du chercheur. Ce dernier ayant établi une relation de confiance avec son informateur va recueillir un récit en s'appuyant sur un guide préalablement testé et construit à l'issue de travaux de recherche exploratoire* » (Imbert, 2010). Il se compose d'une série d'interrogations ouvertes préparées en amont par l'ergothérapeute. Les réponses recueillies seront interprétées par la suite. Il est toujours possible de rebondir sur certaines réponses pour approfondir les recherches, ou faire émerger d'autres questions, non préparées à l'avance. L'entretien semi-directif a comme avantage de pouvoir se baser d'une part sur les réponses de l'interrogé mais aussi sur son comportement, ses attitudes. En mettant en confiance l'interviewé, il pourra se livrer davantage que dans un questionnaire où l'échange n'est que virtuel (Flick, 2007) in (Imbert, 2010).

Pour l'élaboration de l'entretien, nous pourrions nous appuyer sur le cadre conceptuel et la question de recherche, afin de créer des thématiques précises par rapport à mon questionnement.

#### d. Création du guide d'entretien

Pour faciliter la passation de mes entretiens semi-directifs, nous allons privilégier le guide d'entretien. Un guide d'entretien est un document concis « *rédigé avant l'entretien et comporte la liste des thèmes ou des aspects du thème qui devront avoir été abordés avant la fin de l'entretien* » (Combessie, 2007). Ce document prévoit un déroulement logique et probable des questions, cependant il n'est pas à suivre scrupuleusement. Au contraire, il est préférable que l'entretien suive son enchaînement propre. Le guide indique également le matériel à prévoir pour son bon déroulé, ainsi qu'une brève reprenant les objectifs de l'étude, les critères d'inclusion et la notion de consentement (Annexe 3). Pour l'accord du patient, ce guide d'entretien est complété par le formulaire de consentement, à remplir par les participants de l'enquête (Annexe 2).

#### e. Elaboration de grilles d'entretiens

Mes entretiens semi-dirigés seront menés grâce à mes grilles d'entretiens. Compte tenu du double échantillonnage choisi pour ma population cible, deux grilles d'entretiens avec des questions différentes seront formulées.

Les deux grilles sont introduites par une question générale demandant de se présenter, pour récolter les informations de base comme l'âge, le sexe ou encore l'année du diplôme.

Une première grille d'entretien a destination des ergothérapeutes utilisant le MOHOST, dont les objectifs sont de questionner leur utilisation, leur avis sur cet outil et leur point de vue sur le lien entre le MOHOST et la cancérologie (Annexe 4)

Une seconde grille d'entretien pour les ergothérapeutes exerçant en cancérologie avec comme thématique : les informations générales des participants, leur structure de travail et leur accompagnement ergothérapique auprès des femmes (Annexe 5).

Ces deux grilles d'entretiens font apparaitre en dernier lieu, une question sur la contre-population, afin de créer de la congruence entre les deux populations et pour répondre à mon hypothèse de recherche.

#### f. Prise de contact et présentation de la population cible

Pour la prise de contact de ma population, nous allons utiliser des réseaux différents :

-Utiliser le réseau local d'ergothérapeutes accessible grâce à ma formation. En effet, en deuxième année, nous avons pu bénéficier de l'intervention d'une ergothérapeute exerçant en oncologie, mais aussi de celle de plusieurs intervenants utilisant les outils du MOH.

-Interroger mes camarades de promotion qui ont, peut-être, pu connaître des professionnels travaillant en lien avec ma population cible lors de leurs stages par exemple.

-Utiliser les réseaux sociaux afin de toucher le plus de monde possible, notamment sur les groupes dédiés à la cancérologie ou aux outils du MOH.

Cinq ergothérapeutes ont répondu à l'appel pour être interrogés. Deux professionnelles travaillent en oncologie. Les trois autres, en psychiatrie, utilisent le MOHOST (Tableau 1).

Pour une meilleure compréhension lors de la retranscription des entretiens, nous allons utiliser les abréviations EM1, EM2 et EM3 pour les ergothérapeutes qui utilisent le MOHOST et EO1, EO2 pour les ergothérapeutes en structure d'oncologie.

Les chiffres correspondent à l'ordre où les personnes ont été interrogées. Enfin, LT signifie Louïs THEPAULT. (Annexe 6)

Ergothérapeute	Sexe	Date de diplôme et expérience dans la structure	Temps d'utilisation du MOHOST	Lieu de travail
EO1	♀	Travaille depuis juillet 2019 en oncologie		Hôpital en service d'hématologie et radiothérapie, en milieu aigu
EO2	♀	Travaille depuis 25 ans en oncologie	Environ 5 ans	Hôpital dans tous les services : onco-gériatrie, service covid, hématologie, chirurgie, soins palliatifs, digestif, ORL, urgences
EM1	♀	2015, travaille depuis 6 ans en psychiatrie	6 mois	Psychiatrie, auprès de populations psychotiques schizophrènes résistantes
EM2	♀	2010	2 ans MOHO, 6 mois le MOHOST	HDJ en psychiatrie, auprès d'adultes psychotiques, schizophrènes
EM3	♀	2009	6 ans	Maison de soins psychiatriques

Tableau 1 : Présentation des ergothérapeutes interrogés

## 2. Analyse expérimentale

Afin de mettre en lumière les retranscriptions d'entretiens pour répondre à la question de recherche, une analyse thématique des résultats va être réalisée. L'analyse thématique est une méthode d'analyse consistant « à repérer dans des expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus concrets » (Mucchielli, 1996) in (Lannoy, 2012).

### a. Plaintes des femmes

Les entretiens avec les ergothérapeutes qui travaillent en oncologie ont permis de faire ressortir les différentes plaintes des femmes qui diffèrent en fonction de leur vécu. EO2 dit « *ça dépend du vécu de la personne et de la façon dont elle vit sa vie, donc tu dois à chaque fois t'adapter à la personne* ». EO2 ajoute que la population qu'elle accompagne a des multi-pathologies, elle donne comme exemple : « *les patients peuvent avoir à la fois, une maladie psychiatrique et un cancer* ». Il faut donc en tant qu'ergothérapeute prendre en compte l'entièreté de la personne. EO2 dit « *il faut tenir compte de tout son environnement familial, professionnel, et voir s'il y a des adaptations à faire par rapport à ça* ».

En plus d'être multiples, ces plaintes sont de différentes natures.

EO1 indique que ses patientes souhaitent travailler leur amplitude au niveau du membre supérieur lésé, leur mobilité dans les activités mais également apprendre à intégrer ce membre atteint. Les patientes rencontrent également des symptômes psychiques avec le schéma corporel modifié à cause notamment de l'œdème au bras, « *l'acceptation de ce membre avec ces lymphomes qui est très important* » ajoute EO1. EO1 précise que ces femmes se plaignent de troubles attentionnels et de la concentration. EO2 indique « *Il y'a des pertes de mémoire, donc ça c'est important aussi.* »

EO2 conclut « *les symptômes principaux : ce sont la fatigue, la douleur, les douleurs neuropathiques notamment, difficulté dans la gestion du temps, s'organiser et la force.* »

Chaque personne est singulière et a un vécu exclusif. Si les deux ergothérapeutes interrogés ont mis l'accent sur des symptômes principaux rencontrés par les femmes lors des traitements, il est nécessaire de rappeler que cette liste d'effets indésirables n'est pas exhaustive. De plus, chaque individu a des occupations spécifiques à ses envies, valeurs et la participation aux occupations est également variable.

### b. Modification de la participation occupationnelle des patientes

Les occupations restent au centre de ces deux échanges. Les femmes vivent malgré elles des changements qui vont affecter leur participation occupationnelle.

EO1 déclare qu'elles ressentiront des modifications dans les activités de la vie quotidienne, et précise « *le repas, tout ce qui est se coiffer, s'habiller* ». EO2 indique que « *elles doivent quand même retourner travailler, à leurs habitudes de vie etc... et elles se sentent un petit larguée...* ». Ce sentiment de ne plus être à la hauteur est en corrélation avec la solitude ressentie, selon EO2. Une solitude caractérisée par une incompréhension des symptômes non visibles, tel que la fatigue. Par exemple, EO2 déclare « *Elles voudraient jouer au basket, mais en fait non elles ne peuvent plus physiquement* ».

EO1 indique qu'au sein de l'hôpital où elle exerce, une aumônerie passe pour les femmes catholiques qui sont hospitalisées et qui ne peuvent pas se déplacer à l'église. Ce type de service permet parfois un soutien non négligeable. D'autre part, EO1 déclare que ses patientes ne lui ont pas fait part de changements dans leurs rôles sociaux (rôle de mère, rôle de compagne, rôle de travailleuse).

Les patientes éprouveront des changements dans plusieurs aspects de leur participation occupationnelle. D'abord dans les activités de la vie quotidienne de base telles que prendre son repas, faire sa toilette, s'habiller. Également dans leurs différents loisirs, liés aux effets secondaires des traitements. Elles ressentent beaucoup de fatigue qui entraîne un sentiment de solitude et de sous-estimation des capacités. De plus, la fatigue et les traitements vont limiter les déplacements des patientes qui vont devoir adapter, voire modifier leurs habitudes occupationnelles. L'ergothérapeute est habilité à aider les femmes dans cette mise en place.

### c. Rôles et intervention de l'ergothérapeute

Les professionnelles interrogées n'interviennent pas de la même façon auprès des patientes. En effet, elles ne travaillent pas dans la même structure et elles n'ont pas les mêmes missions professionnelles. L'objectif qui ressort est celui d'accompagner les patientes dans la reprise de leurs activités telles que la toilette, l'habillage ou la prise de repas. Elles font également de la sécurisation dans les transferts et les déplacements.

EO1 déclare qu'elle vient voir les patientes en fonction de son planning, elle n'a pas de salle dédiée. Elle rencontre les femmes lorsqu'elles sont en soin de radiothérapie ou dans leur chambre, « *on ne travaille que ce qu'elles veulent faire en fonction de leurs besoins et de leurs objectifs* ».

EO1 effectue des séances d'environ 20 minutes avec les personnes et propose régulièrement des mises en situation sur les difficultés rencontrées de chacune. Elle explique que « *par exemple si elles ont des difficultés pour se laver ou pour s'habiller je vais les aider donc ça va prendre un peu plus de temps* ». En accord avec EO1, EO2 rapporte qu'en ergothérapie, elle « *fait de l'occupation humaine, c'est-à-dire les mettre dans une activité pour qu'elles reprennent un rythme, une manière de se concentrer et de continuer à vivre* ».

EO2 indique qu'il faut intervenir sur les activités de la vie courante sans oublier de prendre en compte l'image de soi, l'image corporelle et les rôles qu'elles remplissaient avant la maladie. Elle ajoute « *qu'il faut être actif pour pouvoir stimuler l'immunité donc on essaye de réaliser malgré tout, des activités sur les journées même si elles sont extrêmement fatiguées* ».

EO1 est à l'écoute des femmes, « *on travaille vraiment sur la spécificité de leur objectif.* » EO1 déclare qu'elle effectue exclusivement des séances en individuel pour chacune des patientes. EO2 effectue également des séances en individuel pour un problème bien spécifique. EO2 déclare qu'elle « *travaille en pluridisciplinarité avec tous les autres paramédicaux* ».

EO2 ajoute qu'elle a mis en place un projet « *RESTART* » pour les femmes qui se sentent seules dans la gestion de leurs symptômes et de leur vie quotidienne. Le projet se matérialise par douze séminaires sur différentes thématiques comme la gestion des émotions, la fatigue ou encore l'alimentation, « *tous des domaines où on leur donne des bagages pour recommencer à vivre* ».

Sur la temporalité du suivi, EO2 indique « *qu'en tant qu'ergothérapeute, on peut intervenir du début jusqu'à la fin en fonction des types de problèmes qu'elles rencontrent* ». Le suivi des femmes se termine pour EO1 par un arrêt d'accompagnement décidé par les patientes. EO2 nuance en disant que les patientes peuvent être revues notamment en cas de rechute, même quelques années plus tard. Les patientes reviendront avec des objectifs de travail qui seront différents.

Les ergothérapeutes vont axer leur processus d'intervention en fonction des objectifs des patientes. Elles interviennent toutes les deux de manière individuelle avec chacune pour répondre à leurs propres difficultés. Chaque femme avec un cancer du sein souhaite durant ses traitements, retrouver une participation aux occupations la

plus semblable à celle vécue antérieurement. L'ergothérapeute travaille en pluridisciplinarité pour une prise en soin globale du patient.

#### d. L'utilisation du MOHOST

Les trois personnes interviewées travaillent en psychiatrie. Elles interviennent auprès des patients en agissant sur leur autonomie dans leur occupation, comme peut l'indiquer EM1 « *je fais de l'accompagnement individuel d'autonomie à la réalisation du repas, à la prise de transport, des visites à domicile... d'activité physique, d'habiletés sociales.* » ou EM2 : « *on a aussi une petite partie d'intervention en individuel tournée autour d'objectifs individuels du quotidien des personnes* ».

Le MOHOST, outil basé sur l'occupation humaine et la participation à ses occupations, a du sens dans son utilisation en psychiatrie.

Toutes les trois sont d'accord avec le fait d'utiliser le MOHOST dans le début d'une prise en soin. EM3 « *l'utilise dans les premiers mois d'une nouvelle hospitalisation avec mes patients.* » Cependant, deux d'entre elles nuancent ce propos. EM1 indique qu'elle « *ne va pas l'utiliser en premier lieu* », elle préfère le coter une fois que les entretiens initiaux et les mises en situation se sont déroulées. EM2 dit : « *je l'ai utilisé quelques fois et principalement au début des prises en charge des patients, au moment où après voir vu le patient en entretien, après avoir fait des mises en situation* ».

Le MOHOST est donc utilisé précocement dans une prise en soin pour agir au plus vite auprès des patients, il est complété avec divers éléments émanant de l'usager.

Récolter des éléments au préalable, peut être vu comme un inconvénient. En effet, faire des mises en situation ou des entretiens nécessitent de se dégager du temps. Néanmoins, il présente l'avantage de permettre aux ergothérapeutes d'avoir un maximum d'informations et de coter une participation aux occupations plus juste.

#### e. Les avantages et les inconvénients du MOHOST

Il a été intéressant de recueillir l'avis des ergothérapeutes sur les avantages et les inconvénients qu'ils trouvent au MOHOST afin de savoir si cet outil peut être bénéfique auprès des femmes ayant un cancer du sein.

Avantages	Inconvénients
<p>EM1 : « <i>Ça permet de cibler les difficultés, mettre en avant finalement ce qui est le plus difficile et ce sur quoi il va falloir retravailler.</i> » Elle rajoute qu'elle trouve le MOHOST intéressant parce qu'il balaye des champs assez larges de l'occupation humaine.</p>	<p>Elle explique ensuite que le MOHOST ne s'applique pas seul, que certes c'est un outil de synthèse à un moment donné, mais qu'il faut ensuite aller plus loin avec d'autres outils pour « <i>creuser vraiment ce qui est déficitaire.</i> »</p>
<p>EM2 répond que le MOHOST permet de « <i>couvrir tous les items du MOH</i> ». Elle indique aussi que les notions « <i>facilite</i> » et « <i>permet</i> » sont des choses sur lesquelles les femmes peuvent s'appuyer dans leur vie quotidienne, tandis que les notions « <i>inhibe</i> » et « <i>empêche</i> » vont être des choses à travailler et sur lesquelles nous pourrions coconstruire le plan d'intervention en ergothérapie.</p>	<p>EM2 exprime que sa principale limite concernant le MOHOST est liée à sa contextualisation, « <i>cet outil se côtoie dans un contexte qui est particulier</i> ». Autrement dit, elle a des difficultés pour savoir sur quelles situations se baser pour coter le MOHOST. « <i>Selon la mise en situation que l'on va proposer le patient va être plus ou moins en difficulté donc du coup les cotations vont être différentes</i> ». Elle rajoute qu'il est compliqué de trouver un juste milieu entre la parole du patient, les mises en situation et le niveau de difficulté en fonction des habiletés du patient.</p>
<p>EM3 dit que le MOHOST permet de « <i>réaliser une analyse des forces et des limites à la participation aux occupations</i> » en récoltant différentes données, ainsi tous les items qui permettront d'analyser la manière dont les éléments influencent la participation occupationnelle de la personne. Elle rajoute que le MOHOST permet de mettre en lumière les leviers de changement.</p>	<p>EM3 répond que le MOHOST peut être compliqué à faire comprendre aux personnes ayant un QI peu élevé.</p>

Tableau 2 : Avantages et inconvénients à utiliser le MOHOST

Différents avantages sont à mettre en valeur.

D'abord, le fait que l'outil soit très large au niveau des items occupationnels. Il évalue la motivation de la personne, son profil occupationnel (les différents rôles ou routine), les trois types d'habiletés (motrices, opératoires et d'interactions) et enfin l'environnement. Ensuite, l'intuitivité du formulaire permet aux patients de se rendre compte de leurs forces et de leurs difficultés occupationnelles.

Cependant, quelques inconvénients sont à noter.

D'abord le MOHOST doit être alimenté de données issues de diverses sources. C'est un outil qui ne s'utilise pas seul, il a besoin d'être complété. Un autre inconvénient en lien à son utilisation est la contextualisation. En effet, il a été relevé qu'il est difficile de savoir sur quelles données s'appuyer pour remplir le formulaire. Trop de sources différentes peuvent entraîner des divergences dans les propos, ce qui rend l'analyse difficile à réaliser.

A première vue, les différents inconvénients soulevés par les ergothérapeutes expérimentant l'outil du MOHOST n'indiquent pas de contre-indication pour une utilisation en oncologie.

#### f. Le MOHOST dans la vie quotidienne des patients

Si cet outil présente plus d'avantages que d'inconvénients, nous pouvons à présent analyser quelle est la plus-value de l'utilisation MOHOST dans la vie quotidienne des patients. EM3 répond qu'utiliser le MOHOST engendre chez le patient un meilleur investissement dans sa prise en soin et dans son projet. EM2 rapporte que *« ça peut permettre à la personne d'avoir un feedback sur là où elle en est, un peu comme une photo de sa situation occupationnelle aujourd'hui, que ce soit au niveau de son environnement, d'elle-même, de ses habiletés, de ce qui est ressource et de ce qui est difficile et justement prendre conscience de cela »*.

Les deux ergothérapeutes se complètent pour dire que les patients auront plus de connaissances sur leurs difficultés occupationnelles, ce qui les pousseront à être encore plus engagés dans leur accompagnement ergothérapique. Ces réponses correspondent à une utilisation du MOHOST en psychiatrie, reste à évaluer sa pertinence en oncologie.

### g. L'intérêt du MOHOST en oncologie

Les trois ergothérapeutes interrogées utilisent le MOHOST avec une population psychiatrique. L'étude questionne sur une application du MOHOST dans le domaine de la cancérologie. C'est une question qui leur a été posée. Elles s'accordent toutes les trois pour dire que le MOHOST peut être utilisé auprès de tout type de population.

EM2 indique que « *lorsqu'on rencontre une difficulté occupationnelle dans sa vie de tous les jours, ça peut être intéressant, peu importe la pathologie et même parfois sans pathologie* ». Elle rajoute que « *si les femmes ayant un cancer du sein souffrent d'un déséquilibre occupationnel, ça pourrait être intéressant aussi pour elle d'avoir cette photographie de leur situation pour pouvoir ensuite modifier les choses et améliorer leur situation* ».

EM1 nuance en disant qu'il faut bien avoir vu le patient en entretien ou en activité au préalable, et ne pas se baser que sur un dossier patient. Elle répond par la suite que même si elle ne connaît pas les difficultés des femmes qui ont un cancer du sein, certains items comme le profil d'occupation ou l'environnement sont intéressants à explorer. Néanmoins, EM1 rajoute « *reste à voir quels outils à utiliser en parallèle pour coter le MOHOST* ».

Le MOHOST a une utilisation pertinente en cancérologie. En effet, si une personne rencontre une difficulté à prendre part à une occupation qu'elle accomplissait auparavant, alors cet outil a du sens. Il faut toutefois que cet instrument soit compris et investi par la patiente. Expliquer les ressources disponibles par cette échelle de cotation à la patiente, pour comprendre le sens du travail proposé et pour faire le point sur sa situation occupationnelle actuelle dans le contexte de sa maladie et des traitements.

### h. La mesure de la participation occupationnelle des ergothérapeutes en oncologie

Les ergothérapeutes en cancérologie interrogées n'utilisent pas tous un outil de mesure pour analyser la participation occupationnelle. EO1 rapporte qu'en milieu aigu le temps d'hospitalisation des personnes varie. Elle préfère gagner du temps en se basant sur de l'observation avant d'intervenir.

EO2 utilise plusieurs bilans comme l'IADL (Instrumental Activities of Daily Living) qui évalue les activités instrumentales de la vie quotidienne, le MCREO (Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels) pour la prise en compte de la satisfaction du patient dans ses occupations, le Katz pour évaluer la dépendance des patients dans six activités de la vie courante. Elle se sert également d'autres bilans qui ne sont pas occupation-centrés.

EO1 indique « *Après on peut se baser sur le MOH aussi qui est pas mal, mais c'est vrai que je n'ai pas le temps de mettre ça en place.* » Elle rajoute « *Le MOH je ne suis pas assez formée dessus. Même si je sais que ça va aider, je ne connais pas à 100%, donc je ne le mets pas en place* ». EO1 déclare que pour utiliser le MOHOST, il faut être formé au MOH. Cependant, les formations professionnelles sont souvent coûteuses.

EO2 connaît et a déjà utilisé le MOHOST avec une population onco-gériatrique. Elle cotait le MOHOST en début et en fin de prise en soin pour voir l'évolution de la participation occupationnelle. Elle trouve qu'il est bien adapté pour les femmes qui ont un cancer du sein, « *j'ai trouvé que les items étaient bien fait, que ça mettait en lumière l'environnement, la motivation, les rôles* ». EO2 trouve que cet outil est intuitif, et déclare que les catégories « *facilite* », « *permet* », « *inhibe* » et « *empêche* » rendent le formulaire de passation plus clair à analyser.

EO2 apprécie cet outil pour sa rapidité de passation. Elle ajoute qu'il est court et qu'il est, de fait, adapté aux femmes sujettes aux troubles de la concentration. Elle voit le MOHOST comme un outil d'évaluation de la participation occupationnelle, mais elle y voit aussi un objectif de réentraînement pour l'attention focalisée sur une activité pendant un certain temps. EO2 conclut en disant « *J'ai trouvé qu'il (le MOHOST) était assez complet et je pense qu'on va l'ajouter dans notre prise en charge globale* ».

Les deux ergothérapeutes questionnées ont souhaité après l'entretien en connaître davantage sur l'outil du MOHOST. En effet, EO1 manifeste son intérêt en demandant un partage d'informations sur le MOH et plus spécialement le MOHOST pour sa culture professionnelle et personnelle.

Les ergothérapeutes agissent la plupart du temps individuellement avec les patientes, en fonction de leurs besoins et de leurs objectifs.

Les deux ergothérapeutes sont enclins à développer leur pratique professionnelle grâce au MOH. Elles montrent un intérêt à la question de recherche et souhaitent lire cet écrit lorsqu'il sera terminé.

## **IV. Discussion**

### **1. Synthèse des résultats**

L'analyse des cinq entretiens semis directifs passés a permis de mettre en valeur plusieurs points.

D'abord, les femmes atteintes d'un cancer du sein ont des demandes spécifiques à leur besoin et leur expérience vécue. Elles n'ont pas forcément que des difficultés liées à leur maladie, elles peuvent avoir d'autres complications. Chaque femme a des problématiques différentes. Conséquemment, une prise en soin individuelle et holistique est privilégiée en ergothérapie.

Cet accompagnement ergothérapeutique est focalisé sur des thématiques comme la reprise des loisirs, la participation aux activités quotidiennes, la prise en compte de la fatigue. Le point commun de ces thématiques est l'occupation. En effet, les femmes ayant un cancer du sein ont des restrictions dans leur participation occupationnelle. L'ergothérapeute pour favoriser le retour aux occupations de ces patientes est amené à se servir d'instruments pour orienter sa prise en soin. Ces instruments peuvent être des entretiens initiaux, des échelles de cotations, de l'observation ou encore des mises en situation.

Pour synthétiser toutes ces informations, le recours au MOHOST est approprié. Le MOHOST est un outil qui mesure la participation occupationnelle des personnes. Il reprend tous les items du MOH, prend en considération la majorité des problèmes occupationnels des individus, il est donc très complet. Le MOHOST permet aux patients d'avoir un retour sur leur situation occupationnelle actuelle. Les personnes peuvent prendre conscience de l'intérêt de l'accompagnement en ergothérapie pour favoriser leur participation occupationnelle.

Enfin, cet outil n'a pas de population cible, en effet son utilisation est réalisée sur une clientèle large. Le terme « clientèle » est utilisé puisqu'il peut être réalisé sur toute personne qui rencontre une difficulté occupationnelle. Par conséquence, le MOHOST

est applicable au domaine de la cancérologie. Les résultats obtenus vont permettre de savoir si l'hypothèse de recherche répond favorablement à la question de recherche.

## 2. Réponse à l'hypothèse de recherche

L'hypothèse de recherche était :

L'utilisation du MOHOST par les ergothérapeutes favorise la participation occupationnelle des patientes.

Après l'analyse des données empiriques de mon étude, nous pouvons **valider** cette hypothèse, dans le contexte des cinq entretiens passés.

Les femmes ayant un cancer du sein ont de nombreuses plaintes durant leur phase post-opératoire, dû aux effets secondaires des traitements. Ces plaintes sont en lien avec leur vie quotidienne. En effet, la diminution de leur état de santé général va perturber leur participation occupationnelle.

Selon Longpre en 2011, « *Due to the uniqueness and complexity of human occupation, each individual diagnosed with cancer will experience different limitations in his or her various occupations/roles and restrictions in participation throughout the course of the disease, based on lifestyle choices* »<sup>8</sup> (Longpre S. Fact Sheet: Role of Occupational Therapy, 2011). Toutefois, un accompagnement en ergothérapie centré sur l'occupation permet d'agir sur cette participation altérée, le cadre conceptuel est alors en accord avec les données recueillies sur le terrain.

Les deux ergothérapeutes exerçant en oncologie interrogées connaissent déjà l'outil du MOHOST. La première participante souhaite en savoir davantage sur le sujet. Pour cela, la formation proposée par l'ANFE sur deux jours lui a été conseillée. Cette formation contient la grille de cotation et le manuel en français (ANFE, mai 2021). La seconde ergothérapeute connaissait le MOHOST et l'utilisait avec des patients en onco-gériatrie, elle semble disposée à utiliser cet outil avec les femmes qui ont un cancer du sein, durant leur traitement.

De plus, les deux ergothérapeutes utilisant le MOHOST ne sont pas opposées au fait d'utiliser cet outil avec la population en oncologie. Ces professionnelles estiment

---

<sup>8</sup> En raison de l'unicité et de la complexité de l'activité humaine, chaque personne atteinte d'un cancer connaîtra des limitations différentes dans ses différents rôles/occupations et des restrictions de participation tout au long de l'évolution de la maladie, en fonction de ses choix de vie.

même que son utilisation est pertinente avec toute population tant qu'une difficulté occupationnelle est rencontrée. Son utilisation est alors judicieuse.

L'objectif pour les ergothérapeutes en oncologie, est que les patientes retrouvent une participation occupationnelle optimale, en fonction de leurs plaintes face à leurs traitements. En effet comme l'indique la FME (Fondation Mondiale des ergothérapeutes), « *le but premier de l'ergothérapie est de permettre aux gens de participer à des occupations* » (FME, 2010) in (Hammell 2017).

Utiliser l'outil du MOHOST rend plus acteur la personne dans sa prise en soin ergothérapique, notamment grâce au feedback sur sa situation occupationnelle. Alors, dans le contexte de cette enquête de mémoire d'initiation à la recherche, il semble que le MOHOST permette de favoriser la participation occupationnelle des femmes atteintes de cancer du sein.

Même si l'hypothèse de recherche est validée à l'échelle de l'étude, quelques biais et limites ont pu être décelés durant l'analyse expérimentale.

### 3. Les biais et les limites de l'étude

#### a. Les biais

Au niveau des biais, ou plus familièrement des causes liées à mes actions, plusieurs ont pu être distingués dans ce travail.

A plusieurs reprises durant mes entretiens, j'ai dû reformuler plusieurs et mêmes questions qui n'étaient pas correctement comprises. Alors, ces questions ont toujours été redéfinies de la même façon pour ne pas déroger à mon guide d'entretien et pour respecter l'objectivité de l'étude. Le but étant d'orienter les ergothérapeutes sur le type de réponse recherchée. Néanmoins le contenu des réponses n'a pas été modifié.

Mon second biais concerne le formulaire du MOHOST. Pour recenser l'avis des ergothérapeutes travaillant en oncologie sur le MOHOST, il a été décidé d'envoyer le formulaire de l'outil au préalable de l'entretien. Cette option a été choisie pour que les interrogées prennent le temps de le lire et de l'analyser, afin de formuler une réponse construite sur l'intérêt en oncologie. Toutefois, cet envoi peut être considéré comme un biais, puisque j'ai orienté les ergothérapeutes sur une réponse argumentée et préparée plutôt qu'une réponse spontanée.

Enfin, concernant mon dernier biais, l'intégralité de ces entretiens a été menée soit par téléphone, soit sous forme de visioconférence. En effet, la crise sanitaire vécue au cours de ma formation a modifié les modes de communications entre les professionnels. Ces nouvelles méthodes restent encore aujourd'hui souvent privilégiées. L'avantage est de limiter les déplacements de chacun et les contacts physiques. L'inconvénient est celui de mettre un frein au dynamisme et au naturel de l'échange en rendant difficile l'analyse des langages para verbaux et non verbaux.

### b. Les limites

Quelques limites, qui sont indépendantes de mes actions, ont pu être constatées.

En lien avec le dernier biais, cette limite traite de ma situation géographique lors de la période de réalisation des entretiens. En effet, cinq entretiens ont été réalisés sur la période du 23 mars au 15 avril 2022 (stage de troisième année). De plus, la plupart des entretiens ont été réalisés en semaine avec des professionnels travaillant en France et en Belgique. Il était impossible de réaliser les entretiens autrement qu'en distanciel.

Trois sur cinq de ces entretiens ont été menés sur le temps de travail des ergothérapeutes. Les deux autres ont été réalisés sur le temps personnel des professionnels à leurs demandes pour plus de disponibilité et afin d'éviter les quelconques dérangements. Ces entretiens sur des temps personnels ont duré plus longtemps que ceux qui ont pu avoir lieu sur le temps de travail. Il y a donc une inégalité dans la durée de l'échange et dans la quantité des informations transmises. Cependant, cette limite n'a pas affecté la retranscription des verbatim.

Ensuite, la hausse de requête d'entretiens et de questionnaires par les étudiants a entraîné sur les groupes de réseaux sociaux spécifiques à l'ergothérapie, une satiété des mémoires. De nombreux administrateurs ont bloqué ces demandes, ce qui a complexifié la recherche de professionnels. Par voie de conséquence, il a été difficile de trouver des personnes travaillant en oncologie et disponibles pour répondre à ma grille d'entretien.

En outre, il n'y a que très peu d'ergothérapeutes exerçant dans ce domaine en France. Il a fallu contacter les professionnels directement en message privé pour mener mon travail. Seulement deux ergothérapeutes en cancérologie ont été interrogées dans cette enquête, il est alors difficile de généraliser leur pratique et leur

avis. Cette phase a fait perdre du temps sur l'avancée du mémoire et n'a pas été des plus simples.

La quatrième limite porte sur les entretiens passés avec la population cible 1 des ergothérapeutes qui appliquent le MOHOST dans leur pratique. Les trois ergothérapeutes interrogées exerçaient dans le domaine de la psychiatrie. L'avis assez similaire à propos de l'outil, peut provenir de leur même champ d'intervention professionnel. Une limite peut alors être mentionnée sur une vision plutôt restreinte de l'outil même si la psychiatrie est un secteur large, avec des professionnels qui ont des utilisations différentes du MOHOST.

Ces biais et limites m'ont permis d'être critique par rapport à mon mémoire d'initiation à la recherche. Par ailleurs, des apports permettront d'affiner davantage ce travail. Des perspectives sont également à explorer pour approfondir cet écrit.

#### 4. Les apports et les pistes de poursuite de ce travail

##### a. Les apports

Ce travail m'a tout d'abord permis de me familiariser avec l'initiation à la recherche. En effet, je n'ai pas exclu l'idée de faire un master ou un diplôme universitaire dans la suite de mon cursus. Ce mémoire d'initiation sert alors de première expérience dans le travail de recherche et d'analyse.

Cette étude a permis d'approfondir mes connaissances personnelles et professionnelles sur l'oncologie et plus spécifiquement sur le cancer du sein. L'ergothérapie en oncologie est un sujet brièvement exploité au cours de la formation et s'enrichir sur le sujet est bénéfique sur le plan de la culture professionnelle.

Cet écrit a permis de se rendre compte que l'ergothérapie occupation-centré est en plein développement, que ce soit dans le domaine de l'oncologie ou ailleurs. En effet, selon Meyer en 2007 « *La pratique centrée sur le client est novatrice, participe au développement de la profession et devient en conséquence un objet de réflexion pour les praticiens* » (Meyer S., Démarche et raisonnements en ergothérapie, 2007, p.150).

Au-delà de mon travail, le mémoire de mes collègues inspire à de perpétuelles nouveautés dans la pratique ergothérapique.

Pour cela, il est indispensable de se former aux novations, de manière à anticiper les évolutions, et proposer la meilleure prise en soin aux patients suivis.

Ce travail de veille bibliographique est essentiel au développement de la future pratique professionnelle. Dans le référentiel de l'ergothérapie, la compétence 7 nommée « *Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle* » explicite l'importance d'identifier les domaines de formation personnelle et professionnelle en vue de l'amélioration de la pratique ergothérapique. (Referentiel-de-competences-DEE.pdf, 15 août 2010, p.183.).

### b. Les pistes de poursuites

Ce travail a questionné et mis en avant l'intérêt d'un instrument de mesure, le MOHOST, dans l'amélioration de la participation occupationnelle des femmes qui ont un cancer du sein, en phase post-opératoire.

L'étude aurait pu porter sur l'utilité de ce même instrument dans un autre moment de l'accompagnement comme durant la réinsertion professionnelle par exemple. En effet, cet outil complet est utilisable à tout moment d'un accompagnement en ergothérapie. Son utilisation à plusieurs reprises dans une même prise en soin, peut permettre au patient de faire du lien entre ces différentes étapes de la maladie. Il peut également aider le patient, à mieux se connaître, à repérer ses forces et limites, pour mieux appréhender le futur.

Également, d'autres instruments de mesure permettent de favoriser la participation occupationnelle des femmes. Une ergothérapeute interrogée a indiqué qu'elle préférerait utiliser l'OCAIRS.

L'OCAIRS (Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale) est « *un outil d'évaluation par entrevue semi-structurée associée à une grille de cotation mettant en évidence les forces et les difficultés rapportées par la personne au sujet de sa participation occupationnelle* » (Centre de référence du MOH, 2021). L'OCAIRS évalue tout comme le MOHOST, la participation occupationnelle des individus mais d'une façon différente. L'OCAIRS est accessible à une clientèle large et évalue davantage de sections comme l'interprétation des expériences ou encore la disposition au changement.

L'entrevue de l'OCAIRS avec la patiente, combinée à l'outil du MOHOST basé sur des observations et des entretiens ergothérapeutiques pourraient permettre d'améliorer la participation occupationnelle des patientes. Il peut être pertinent d'évaluer l'intérêt de l'OCAIRS dans l'accompagnement d'une femme qui a un cancer du sein, pour comprendre les divergences avec le MOHOST.

## Conclusion

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme en France. Cette maladie retire d'un pronostic à long terme favorable, particulièrement grâce à l'amélioration de l'efficacité des traitements. Le taux de survie encourageant demande un accompagnement plus massif des femmes, lors des traitements, par les professionnels de santé.

Les traitements engendrent plusieurs effets secondaires chez les patientes qui ressentiront toutes des modifications dans leur vie quotidienne. Par conséquent, ces changements affecteront leur quotidien et donc leur participation occupationnelle.

L'ergothérapeute est le spécialiste de l'occupation. Il joue alors un rôle primordial dans l'accompagnement des femmes au sein de leurs occupations, dans leur environnement. Ce professionnel de santé a pour objectif d'accompagner l'usager dans le maintien et l'adaptation des occupations.

Ce travail a mis en exergue la sagacité à pratiquer le MOHOST auprès des femmes ayant un cancer du sein. Cet outil du Modèle de l'Occupation Humaine permet aux patientes de prendre conscience de leur situation occupationnelle. Il permet aussi une synthèse pour les ergothérapeutes des forces et des limites de la personne.

Cet écrit a permis de mettre en valeur des pistes d'approfondissements pour favoriser la participation occupationnelle des patientes. Il est toujours nécessaire de se questionner sur sa propre pratique et de former pour aider au mieux les individus suivis en ergothérapie.

Le MOHOST est apparu ici comme un outil complet et aidant dans l'évaluation et l'accompagnement des patients. Il n'est pas, pour autant, le seul moyen de mener à bien les missions de l'ergothérapeute.

Dans le futur, il est possible d'envisager l'utilisation d'autres outils. Une recherche supplémentaire pourrait permettre de mettre en avant d'autres moyens de compléter, voire de remplacer le MOHOST.

L'objectif étant toujours de permettre la meilleure prise en soin dans l'intérêt d'apporter du bien être au patient.

## Bibliographie

### Ouvrages

- D'Hainaut, L. (1975). *Concept et méthode de la statistique* (1975<sup>e</sup> éd., p16). Fernand-Nathan.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2e éd). De Boeck supérieur.
- Préau, M., Marcellin, F., Lert, F., Spire, B., & Moatti, J.-P. (2008). *Les conséquences du cancer sur la vie sociale et professionnelle*. p56. ([halshs-01564008](https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01564008))

### Articles

- Combessie, J.-C. (2007). II. L'entretien semi-directif. *Repères*, 5, 24-32.
- Hammell, K. W. (2017). Précis – Discours commémoratif Muriel Driver 2017 Possibilités en matière de bien-être : Le droit à la participation occupationnelle. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 84(4-5), E1-E14. <https://doi.org/10.1177/0008417417753374>
- Imbert, G. (2010). The Semi-structured Interview : At the Border of Public Health and Anthropology. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34.
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique, Tome LIII(4)*, 67-82.
- Lapointe, J. (2012). Le rôle de l'ergothérapie dans la prévention et le traitement de la douleur associée au cancer. *Actualités ergothérapiques*, 14.5, 10-12. [http://caot.in1touch.org/document/3991/SeptAE\\_2012.pdf](http://caot.in1touch.org/document/3991/SeptAE_2012.pdf)
- Morel, N., Eustache, F., Lange, M., Joly, F., & Giffard, B. (2010). The impact of cancer and its treatment on cognitive function : The example of breast cancer. *Revue de neuropsychologie*, 2(3), 250-254. <https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2010-3-page-250.htm>

- Moreno-Chaparro, J., Jaramillo Corredor, C., & Faustino, Y. (2018). Breaking paradigms, new breast cancer rehabilitation methods from occupational therapy: Case report. *Case Reports*, 4(2), 78-90. <https://doi.org/10.15446/cr.v4n2.69693>
- Meyer, S. (2007). Démarches et raisonnements en ergothérapie. École d'études sociales et pédagogiques [https://www.hetsl.ch/fileadmin/user\\_upload/rad/editions/45\\_de\\_marches\\_et\\_raisonnements\\_en\\_ergotherapie.pdf](https://www.hetsl.ch/fileadmin/user_upload/rad/editions/45_de_marches_et_raisonnements_en_ergotherapie.pdf)
- Meyer, S. (2018). Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 4(2), 13-28. <https://doi.org/10.13096/rfre.v4n2.116>
- Nkondjock, A., & Ghadirian, P. (2005). Facteurs de risque du cancer du sein. *médecine/sciences*, 21(2), 175-180. <https://doi.org/10.1051/medsci/2005212175>
- Stubblefield, M. D. (2017). The Underutilization of Rehabilitation to Treat Physical Impairments in Breast Cancer Survivors, *PM&R*, 9, S317-S323. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2017.05.010>

## Vidéos

- Cancer du sein : Informations et traitements à Paris | L'Institut Du Sein. (2020). *L'institut du sein paris*. Consulté 29 décembre 2021, à l'adresse <https://www.idsein.fr/cancer-et-reconstruction/cancer-sein/>
- C'était mon sein pour ma vie. (2020). Mon Cancer. Consulté 2 janvier 2022, à l'adresse <https://mon-cancer.com/cetaut-mon-sein-pour-ma-vie/>
- L'Institut du Sein Paris: Cancer du Sein, Chirurgie Plastique et Oncoplastique. (2019). *Nathalie Cunin, cancer du sein en 2014-Fondatrice de COS (Cancer Organisation Service)*. <https://www.com/watch?v=K7-KIG1S1bo>
- Modèle de l'occupation humaine | CRMOH. (2021). ULaval. Youtube. Consulté 4 février 2022, à l'adresse [https://www.youtube.com/channel/UCcxA89BNpy0e\\_hQJr0I4syA](https://www.youtube.com/channel/UCcxA89BNpy0e_hQJr0I4syA)
- Quelles précautions après une chirurgie du cancer du sein ? (2015). Youtube. Consulté 22 novembre 2021, à l'adresse <https://www.youtube.com/watch?v=PGrkeEhW8dc>

## Autres

Ameli.fr. (2021). *Cancer du sein*. Consulté 26 décembre 2021, à l'adresse <https://www.ameli.fr/oise/assure/sante/themes/cancer-sein>

Ameli.fr. (2021). *Traitement du cancer du sein*. Consulté 29 décembre 2021, à l'adresse <https://www.ameli.fr/oise/assure/sante/themes/cancer-sein/traitements>

ANFE. (2017). Consulté 4 avril 2021, à l'adresse <https://anfe.fr/la-profession/>

ANFE. (2021)., *Le MOHOST : Évaluer la participation d'une personne selon le Modèle de l'Occupation Humaine*. Consulté 4 février 2022, à l'adresse <https://www.anfemigal.fr/formation-le-mohost-evaluer-la-participation-personne-selon-modele-de-loccupation-humaine-EV11>

AOTA. (2019). Occupational Therapy's Role with Breast Cancer Rehabilitation, <https://www.aota.org//media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/HW/Facts/Breast-cancer.pdf>

Canadian Breast Cancer Network (s. d.). *Le traitement des effets secondaires*. Consulté 7 février 2022, à l'adresse <https://www.cbcn.ca/fr/side-effects>

CAOT, ACE. (2008) *Les occupations et la santé*. [https://www.caot.ca/document/4210/L%20-%20Les%20occupations%20et%20la%20sant%C3%A9%20\(2008\).pdf](https://www.caot.ca/document/4210/L%20-%20Les%20occupations%20et%20la%20sant%C3%A9%20(2008).pdf)

CAOT, ACE. (s. d.). L'ergothérapie et la survie au cancer, <https://www.caot.ca/document/4091/Cancer%20-%20FS.pdf>

Carmignani, P. (2017). *Initiation à la recherche* [Doctoral]. UPVD, Perpignan, p21. <https://hal.archives-ouvertes.fr/cel-01767889>

CDC. (2021). Breast Cancer. *What Is Breast Cancer?* Centers for Disease Control and Prevention. Consulté 7 février 2022, à l'adresse [https://www.cdc.gov/cancer/breast/basic\\_info/what-is-breast-cancer.htm](https://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/what-is-breast-cancer.htm)

Coucq T., D'Hondt V. (s. d.). Le sein et son anatomie. *Medipedia*. Consulté 9 février 2022, à l'adresse <https://fr.medipedia.be/cancer-du-sein/comprendre/le-sein-et-son-anatomie>

Coucq T., Piccart M. D'Hondt V. (s.d.). Cancer du sein - Rémission ou guérison ? (s. d.). *Medipedia*. Consulté 5 mars 2022, à l'adresse

<https://fr.medipedia.be/cancer-du-sein/traitement/remission-ou-guerison>

Fondation contre le Cancer. (2020). *Comment se forme une tumeur ?* Consulté 2 février 2022, à l'adresse <https://www.cancer.be/le-cancer/comment-se-forme-une-tumeur>

Fondation pour la Recherche Médicale. (2021). *Qu'est-ce qu'un cancer ?* Consulté 2 février 2022, à l'adresse <https://www.frm.org/recherches-cancers/cancer-cellules>

HAS. (2010). Guide Affection Longue Durée 30 « Cancer du sein. [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)

INSERM. (2008). Cancer et environnement, Paris, p889. <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/76>

Institut du sein Henri Hartmann. (2020). *Cancer du sein : l'importance du soutien psychologique.* Consulté 2 février 2022, à l'adresse <https://ishh.fr/cancer-du-sein/importance-du-soutien-psychologique/>

Institut National du Cancer. (s. d.). *Thérapies ciblées : Modes d'action—Thérapies ciblées et immunothérapie spécifique.* Consulté 6 février 2022, à l'adresse <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Traitements/Therapies-ciblees-et-immunotherapie-specifique/Therapies-ciblees-modes-d-action>

Institut National du Cancer. (s.d.). *Lymphœdème.* Consulté 8 février 2022, à l'adresse <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Lymphoedeme>

Institut-National-du-cancer. (2018), *La vie cinq ans après un diagnostic de cancer*, INCa, p24. [https://www.e-cancer.fr/content/download/238407/3274309/file/La\\_vie\\_cinq\\_ans\\_apres\\_un\\_diagnostic\\_de\\_cancer\\_synthese\\_mel\\_20180619.pdf](https://www.e-cancer.fr/content/download/238407/3274309/file/La_vie_cinq_ans_apres_un_diagnostic_de_cancer_synthese_mel_20180619.pdf)

Lannoy, P., (2012). L'analyse thématique. <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/09/Analyse-thematique.pdf>

LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1), 2012-300 (2012), à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025441587/>

Longpre, S., et Newman, R. (2011). Fact Sheet : The role of occupational therapy in

oncology. *The American Occupational Therapy Association*.  
[https://nsuworks.nova.edu/hpd\\_ot\\_faculty\\_books/16/?utm\\_source=nsuworks.nova.edu%2Fhpd\\_ot\\_faculty\\_books%2F16&utm\\_medium=PDF&utm\\_campaign=PDFCoverPages](https://nsuworks.nova.edu/hpd_ot_faculty_books/16/?utm_source=nsuworks.nova.edu%2Fhpd_ot_faculty_books%2F16&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages)

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2012). *Ergothérapeute*. Consulté 4 avril 2021, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/ergotherapeute>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021). *La douleur*. Consulté 27 février 2022, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>

MMJ. (2019). *Vie quotidienne et Cancer*. Consulté 6 janvier 2022, à l'adresse <https://www.mmj.fr/actualite/vie-quotidienne-et-cancer>

Modèle de l'Occupation Humaine. (s. d.). Consulté 2 février 2022, à l'adresse [https://crmoh.ulaval.ca/wp-content/uploads/2020/10/Mod%C3%A8le-de-loccupation-humaine-final\\_WEB.jpg](https://crmoh.ulaval.ca/wp-content/uploads/2020/10/Mod%C3%A8le-de-loccupation-humaine-final_WEB.jpg)

MOHOST. (s. d.). Outil d'évaluation | CRM OH , ULaval. *Centre de référence du modèle de l'occupation humaine*. Consulté 29 janvier 2022, à l'adresse <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/mohost/>

Mon cancer du sein. (2021). Consulté 31 décembre 2021, à l'adresse <https://mon-cancer.com/mon-cancer-du-sein/>

OMS. (2021). *Cancer du sein*. Consulté 13 janvier 2022, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

Pfaff M. et Rimaz D. (2022) *L'oncologie*, Ergothérapie Fribourg. Consulté 13 janvier 2022 à l'adresse <http://ergo-fribourg.ch/domaines/loncologie/>

Plan-cancer-2014-2019. (2014). Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France, p152. <https://www.e-cancer.fr/content/download/85537/871148/file/Plan-cancer-2014-2019-V4.pdf>

*Referentiel-de-competences-DEE.pdf*. (15 août 2010). (p.178) (p.183) Consulté 31 décembre 2021, à l'adresse <https://ife.chu-rouen.fr/wp-content/uploads/sites/35/2017/03/Referentiel-de-competences-DEE.pdf>

Santé Publique France. (2021). *Cancer du sein*. Consulté 27 février 2022, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer->

## du-sein

Société canadienne du cancer (s. d.). *Cancer du sein chez l'homme*. Société canadienne du cancer. Consulté 17 février 2022, à l'adresse <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/breast/what-is-breast-cancer/breast-cancer-in-men>

Société canadienne du cancer (s. d.). *Chirurgie du cancer du sein*. Société canadienne du cancer. Consulté 31 décembre 2021, à l'adresse <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/breast/treatment/surgery>

Société canadienne du cancer (s. d.). *Soins de soutien pour le cancer du sein*. Société canadienne du cancer. Consulté 31 décembre 2021, à l'adresse <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/breast/supportive-care>

Unité Cancer et environnement. (2019). *Facteurs de risques du cancer du sein*. Consulté 7 janvier 2022, à l'adresse <https://www.cancer-environnement.fr/144-cancer-du-sein.ce.aspx>

WFOT. (2010). La pratique de l'ergothérapie centrée sur le client. <https://www.wfot.org/checkout/1844/1785>

## Annexes

ANNEXE I : FORMULAIRE DU MOHOST	1
ANNEXE II : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	5
ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN	7
ANNEXE IV : GRILLE D'ENTRETIEN 1 (MOHOST)	8
ANNEXE V : GRILLE D'ENTRETIEN 2 (CANCEROLOGIE)	9
ANNEXE VI : RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS	11



MOTIVATION POUR L'OCCUPATION	
<b>Auto-évaluation des aptitudes</b> Compréhension des forces et des limites actuelles Juste confiance en ses habiletés Juste perception de sa compétence Conscience de sa capacité	<b>F</b> Évalue de façon juste ses capacités, reconnaît ses forces, conscient de ses limites.
	<b>P</b> Tendance modérée à sous/surévaluer ses habiletés, reconnaît certaines de ses limites.
	<b>L</b> Sans soutien, a des difficultés à comprendre ses forces et ses limites.
	<b>E</b> Ne se questionne pas sur ses habiletés, échoue à estimer ses aptitudes de façon réaliste.
<i>Commentaires</i> : .....	
<b>Attente de réussite</b> Optimisme et espoir Sentiment d'efficacité personnelle Sentiment de contrôle et sentiment d'identité personnelle	<b>F</b> Anticipe la réussite et recherche des défis, optimiste quant aux obstacles à surmonter.
	<b>P</b> A un certain espoir de réussir, croyance en soi adéquate, mais a quelques doutes, peut avoir besoin d'encouragement.
	<b>L</b> Requiert un soutien pour garder son optimisme afin de surmonter les obstacles, pauvre sentiment d'efficacité personnelle.
	<b>E</b> Pessimiste, se sent désespéré, abandonne face à des obstacles, n'a pas le sentiment de contrôler la situation.
<i>Commentaires</i> : .....	
<b>Intérêt</b> Plaisir Satisfaction Curiosité Participation	<b>F</b> Passionné, curieux, « plein de vie », essaie de nouvelles occupations, exprime du plaisir, persévère, semble satisfait.
	<b>P</b> A des centres d'intérêt adéquats qui guident ses choix, a quelques occasions de réaliser ses centres d'intérêt.
	<b>L</b> Difficulté à identifier ses centres d'intérêt, l'intérêt est de courte durée, ambivalent quant au choix d'occupations.
	<b>E</b> S'ennuie facilement, incapable de cerner ses centres d'intérêt, apathique, manque de curiosité même avec du soutien.
<i>Commentaires</i> : .....	
<b>Choix</b> Investissement approprié Disposition au changement Sens des valeurs et signification Préférences et buts	<b>F</b> Préférences claires et sens de ce qui est important, motivé pour travailler à l'atteinte des buts occupationnels.
	<b>P</b> Généralement capable de faire des choix, peut nécessiter des encouragements pour fixer et travailler à l'atteinte des buts.
	<b>L</b> Difficulté à identifier ce qui est important ou à fixer et à travailler à l'atteinte des buts, inconstant.
	<b>E</b> Ne peut définir de but, impulsif, confus, les buts sont irréalisables ou basés sur des valeurs antisociales.
<i>Commentaires</i> : .....	

PROFIL D'OCCUPATION	
<b>Routine</b> Équilibre Organisation des habitudes Structure Productivité	<b>F</b> Capable d'aménager une routine d'activités quotidiennes organisée et productive.
	<b>P</b> Généralement capable de maintenir ou de suivre un programme quotidien organisé et productif.
	<b>L</b> Difficulté à organiser sans soutien des routines d'activités quotidiennes équilibrée et productives.
	<b>E</b> Routine chaotique ou vide, ne peut soutenir les responsabilités et les buts, routine désordonnée.
<i>Commentaires</i> : .....	
<b>Adaptabilité</b> Anticipation du changement Réaction habituelle au changement Tolérance au changement	<b>F</b> Anticipe le changement, modifie ses actions ou sa routine afin de répondre à la demande (flexible/conciliant).
	<b>P</b> Généralement capable de modifier ses comportements, peut avoir besoin de temps pour s'adapter, hésitant.
	<b>L</b> Difficulté à s'adapter au changement, réticent, passif ou réagit habituellement de façon démesurée.
	<b>E</b> Rigide, incapable d'adapter ses routines ou de tolérer le changement.
<i>Commentaires</i> : .....	
<b>Rôles</b> Identité liée aux rôles Variété de rôles Sentiment d'appartenance Implication	<b>F</b> S'identifie à une variété de rôles qui lui procurent un sens identitaire et un sentiment d'appartenance.
	<b>P</b> S'identifie généralement à un ou plusieurs rôles, lesquels lui procurent un certain sentiment d'appartenance.
	<b>L</b> Identification limitée à des rôles, trop de rôles ou conflit entre les rôles, pauvre sentiment d'appartenance.
	<b>E</b> Ne s'identifie à aucun rôle, peu d'exigences reliées aux rôles, aucun sentiment d'appartenance.
<i>Commentaires</i> : .....	
<b>Responsabilité</b> Compétence liée aux rôles Répond aux attentes Remplit ses obligations S'acquitte de ses responsabilités	<b>F</b> Réalise les activités de façon fiable et répond aux attentes liées aux obligations inhérentes aux rôles.
	<b>P</b> Assume la majorité des responsabilités, répond à la plupart des attentes, s'acquitte de la majorité des obligations liées aux rôles.
	<b>L</b> Sans soutien, difficulté à répondre aux attentes et à remplir les obligations liées aux rôles.
	<b>E</b> Aptitude limitée à répondre aux exigences des activités et aux obligations, incapable de réaliser des activités liées aux rôles.
<i>Commentaires</i> : .....	

Formulaire du MOHOST version 2.0 – Traduction française

Il est indispensable de s'appuyer sur les critères détaillés figurant dans le manuel d'utilisation de l'outil pour utiliser ce formulaire.

HABILETES DE COMMUNICATION ET D'INTERACTION	
<b>Habilités non-verbales</b> Contact visuel Gestuelle Orientation du corps Proximité	<b>F</b> Langage corporel approprié (voire spontané) à la culture et aux circonstances. <b>P</b> Généralement capable de démontrer ou de contrôler un langage corporel approprié. <b>L</b> Difficulté à contrôler/démontrer un langage corporel approprié (à retardement / limité / désinhibé). <b>E</b> Incapable de démontrer ou de contrôler un langage corporel approprié (absent / discordant / dangereux / agressif). <i>Commentaires</i> : .....
<b>Conversation</b> Être informatif Initier et poursuivre Contenu du discours Langage	<b>F</b> Initie, entretient et poursuit une conversation, et donne les informations de façon appropriée (clair / direct / ouvert). <b>P</b> Généralement capable d'utiliser un langage ou des signes pour échanger efficacement de l'information. <b>L</b> Difficulté à initier, poursuivre une conversation, ou à donner des informations (hésitant/brusque/limité/hors sujet). <b>E</b> Ne communique pas ou donne des informations de façon inappropriée, atypique ou décousue. <i>Commentaires</i> : .....
<b>Utilisation de la voix</b> Intonation Articulation Volume Rythme	<b>F</b> Intelligible, articule, ton, volume et rythme appropriés. <b>P</b> Utilisation de la voix généralement appropriée sur le plan du ton, du volume et du rythme. <b>L</b> Difficulté à s'exprimer (marmonne / débit de parole rapide / monotone). <b>E</b> Incapable de s'exprimer (incompréhensible / trop faible ou fort / trop rapide ou trop lent). <i>Commentaires</i> : .....
<b>Relations</b> Coopération Collaboration Rapport à autrui Respect	<b>F</b> Sociable, apporte du soutien, conscient des autres, maintient l'engagement, amical, est facilement en relation avec les autres. <b>P</b> Généralement capable d'être en relation avec les autres et démontre la plupart du temps une conscience des besoins des autres. <b>L</b> Difficulté à coopérer ou crée peu de relations positives. <b>E</b> Incapable de coopérer avec les autres ou de créer des relations positives. <i>Commentaires</i> : .....

HABILETES OPERATOIRES	
<b>Connaissance</b> Chercher et retenir l'information Savoir quoi faire dans une activité Savoir comment utiliser les objets	<b>F</b> Cherche et retient l'information pertinente, sait comment utiliser les outils de façon appropriée. <b>P</b> Généralement capable de chercher et retenir l'information et sait comment utiliser les outils. <b>L</b> Difficulté à savoir comment utiliser les outils, difficulté à demander de l'aide ou retenir de l'information. <b>E</b> Incapable d'utiliser les connaissances/outils, ne retient pas l'information, demande très souvent la même information. <i>Commentaires</i> : .....
<b>Organisation dans le temps</b> Initier Terminer Séquencer Concentration	<b>F</b> Maintient sa concentration, débute, séquence et termine les occupations aux bons moments. <b>P</b> Généralement capable de se concentrer, d'initier, de séquencer et de terminer les occupations. <b>L</b> Concentration fluctuante ou facilement distrait, difficulté à initier, séquencer et terminer. <b>E</b> Incapable de se concentrer, incapable d'initier, de séquencer ou de terminer les occupations. <i>Commentaires</i> : .....
<b>Organisation de l'espace</b> Arranger l'espace et les objets Propreté Préparation Rassembler les objets	<b>F</b> Cherche efficacement, rassemble et range les outils/objets requis pour l'occupation (propre). <b>P</b> Généralement capable de chercher, de rassembler et de ranger les outils ou objets requis. <b>L</b> Difficulté à chercher, à rassembler et à ranger les outils ou objets, semble désorganisé/désordonné. <b>E</b> Incapable de chercher, de rassembler et de ranger les outils ou objets <i>Commentaires</i> : .....
<b>Résolution de problèmes</b> Jugement Adaptation Prise de décision Réactivité	<b>F</b> Fait preuve d'un bon jugement, anticipe les difficultés et trouve des solutions réalisables (rationnel). <b>P</b> Généralement capable de prendre des décisions selon les difficultés qui surviennent. <b>L</b> Difficulté à anticiper, à s'adapter aux difficultés qui surviennent, cherche à être rassuré. <b>E</b> Incapable d'anticiper et de s'adapter aux difficultés qui surviennent et prend des décisions inappropriées. <i>Commentaires</i> : .....

Formulaire du MOHOST version 2.0 – Traduction française

Il est indispensable de s'appuyer sur les critères détaillés figurant dans le manuel d'utilisation de l'outil pour utiliser ce formulaire.

HABILETES MOTRICES	
<b>Posture et mobilité</b> Se stabiliser S'aligner Se positionner S'équilibrer Marcher Atteindre Se pencher Se transférer	<b>F</b> Stable, se tient droit, indépendant, flexible, bonne gamme de mouvement (voire agile).
	<b>P</b> Généralement capable de maintenir sa posture et sa mobilité dans l'occupation, de façon indépendante ou avec aides techniques.
	<b>L</b> Parfois instable malgré l'utilisation d'aides techniques, lent ou y parvient avec difficulté.
	<b>E</b> Très instable, incapable d'atteindre quelque chose et de se pencher ou incapable de marcher.
	<i>Commentaires</i> : .....
<b>Coordination</b> Manipulation Aisance du mouvement Fluidité Habiletés motrices fines	<b>F</b> Coordonne les différentes parties de son corps entre elles, fait des mouvements fluides et harmonieux (peut être adroit).
	<b>P</b> Une certaine maladresse ou rigidité cause des interruptions mineures dans l'occupation.
	<b>L</b> Difficulté à coordonner ses mouvements (gauche / tremble / maladroit / rigide).
	<b>E</b> Incapable de coordonner, de manipuler et de faire des mouvements fluides.
	<i>Commentaires</i> : .....
<b>Force et effort</b> Saisir Manier Déplacer Soulever Transporter Calibrer	<b>F</b> Saisit, déplace et transporte les objets en sécurité avec une force et vitesse adéquates (peut être fort).
	<b>P</b> La force et l'effort sont généralement suffisants pour la plupart des tâches.
	<b>L</b> Difficulté à saisir, déplacer, transporter les objets avec une force et une vitesse adéquates.
	<b>E</b> Incapable de saisir, déplacer, transporter les objets avec une force et une vitesse appropriées.
	<i>Commentaires</i> : .....
<b>Énergie</b> Endurance Rythme Attention Résistance	<b>F</b> Maintient des niveaux d'énergie appropriés, capable de maintenir le rythme tout au long de l'occupation.
	<b>P</b> L'énergie peut être légèrement faible ou élevée par moment, capable d'ajuster son rythme dans la plupart des tâches.
	<b>L</b> Difficulté à maintenir son énergie (se fatigue facilement/signe de fatigue/facilement distrait/agité).
	<b>E</b> Incapable de maintenir son énergie, inattentif, léthargique, inactif ou hyperactif.
	<i>Commentaires</i> : .....

ENVIRONNEMENT	
<i>Environnement où les habiletés ont été évaluées:.....</i>	
<b>Espace physique</b> Lieux pour les soins personnels, les activités productives et de loisirs Intimité et accessibilité Stimulation et confort	<b>F</b> L'espace offre toutes sortes de possibilités, favorise et stimule des occupations valorisantes.
	<b>P</b> L'espace est généralement adéquat, permet de réaliser les occupations quotidiennes.
	<b>L</b> Offre peu de possibilités et réduit la performance dans les occupations valorisantes.
	<b>E</b> L'espace restreint les possibilités et empêche la performance dans les occupations valorisantes.
	<i>Commentaires</i> : .....
<b>Ressources physiques</b> Ressources financières Équipement et outils Biens et moyens de transport Sécurité et indépendance	<b>F</b> Permettent d'atteindre facilement les buts occupationnels, l'équipement et les outils sont appropriés.
	<b>P</b> Permettent généralement l'atteinte des buts occupationnels, peuvent présenter certains obstacles.
	<b>L</b> Limitent la capacité à atteindre les buts occupationnels en sécurité, l'équipement et les outils sont inadéquats.
	<b>E</b> Ont un impact majeur sur la capacité à atteindre les buts occupationnels, risques élevés dus à un manque d'outils.
	<i>Commentaires</i> : .....
<b>Groupes sociaux</b> Dynamique familiale Ami(e)s et soutien social Climat de travail Attentes et implication	<b>F</b> Les groupes sociaux offrent un soutien concret, les valeurs et attitudes favorisent un fonctionnement optimal.
	<b>P</b> Permettent généralement d'offrir un soutien mais peuvent montrer une « sous » ou une « sur » implication.
	<b>L</b> Offrent un soutien limité ou nuisent à la participation; certains groupes sont soutenant et d'autres non.
	<b>E</b> Ne favorisent pas la participation en raison d'un manque d'intérêt ou d'une implication inappropriée.
	<i>Commentaires</i> : .....
<b>Exigences occupationnelles</b> Exigences des activités (soins personnels, productivité et loisirs) Normes culturelles Construction des activités	<b>F</b> Les exigences des activités correspondent bien aux aptitudes, aux centres d'intérêt, à l'énergie et au temps disponibles.
	<b>P</b> Généralement cohérentes avec les aptitudes, les centres d'intérêt, l'énergie et le temps disponibles et peuvent présenter des défis.
	<b>L</b> Quelques incohérences évidentes avec les aptitudes, les centres d'intérêt, l'énergie ou le temps disponibles.
	<b>E</b> Globalement, incohérentes avec les aptitudes, les activités sont trop ou pas assez exigeantes.
	<i>Commentaires</i> : .....

Formulaire du MOHOST version 2.0 – Traduction française

Il est indispensable de s'appuyer sur les critères détaillés figurant dans le manuel d'utilisation de l'outil pour utiliser ce formulaire.

## Annexe II : Formulaire de consentement

Madame,

Je m'appelle Louïs THEPAULT, étudiant en ergothérapie à l'Institut de Formation La Musse en troisième année. Le thème de mon travail d'initiation à la recherche porte sur « Les femmes atteintes d'un cancer du sein : leurs changements occupationnels en ergothérapie. »

Je souhaite échanger avec vous sur différents questionnements que j'ai pu avoir à l'issue de la réalisation de la partie conceptuelle. Cet entretien avec vous est capital puisqu'il permettra d'affirmer ou réfuter mes hypothèses de recherche, votre avis est donc très riche.

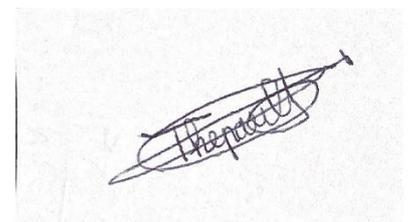
J'aimerais échanger avec vous puisque vous correspondez aux critères d'inclusion de la population cible de cette étude. L'entretien durera environ 20 minutes et sera composé de 7 à 10 questions. Il se déroulera par téléphone.

A noter que cet entretien est totalement anonyme, et que les données seront également anonymisées dans l'écrit du mémoire. Je tiens également à rappeler que vous pouvez interrompre l'échange quand vous le souhaitez, sans préjudice.

Vous pouvez me recontacter par la suite à l'adresse électronique suivante : [louisthepault2607@gmail.com](mailto:louisthepault2607@gmail.com)

Merci beaucoup pour votre temps accordé.

THEPAULT Louïs

A handwritten signature in black ink, reading 'Thepault', written diagonally across a light-colored rectangular area.

Je soussigné(e).....  
accepte de participer à l'entretien dont les conditions sont expliquées ci-dessus.

J'affirme avoir lu et approuvé les conditions de passation et d'analyse de l'entretien.

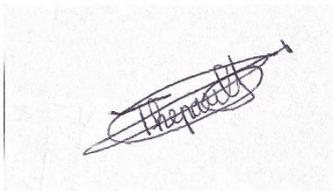
A travers ce formulaire, j'accepte de participer volontairement à cette étude et que cet échange soit enregistré.

Fait à....., le.....

Signatures :

Etudiant

Participant

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Therese', is written over a rectangular area. The signature is somewhat stylized and overlaps the text 'Therese' which is faintly visible underneath.

## Annexe III : Guide d'entretien

Matériels à avoir :

- La grille d'entretien
- Le formulaire de consentement
- Des feuilles vierges
- Des stylos
- Un téléphone portable avec la fonctionnalité « Dictaphone »

Oral :

Bonjour, je m'appelle Louïs THEPAULT, étudiant en ergothérapie à l'Institut de formation La Musse en troisième année.

Je récapitule quelques informations sur votre identité pour vérifier que vous êtes bien la bonne personne et que vous répondez aux critères définis.

*Redire :*

*-le nom, prénom de la personne,*

*-le métier d'ergothérapeute diplômé d'Etat si c'est la population cible des ergothérapeutes*

*-la structure de travail si l'ergothérapeute exerce en oncologie*

L'entretien va durer environ 30 minutes et sera composé de ... questions. Je vais relire avec vous le formulaire de consentement, que vous pourrez *signer* par la suite si vous êtes en accord avec.

A noter que cet entretien est totalement anonyme, et que vous pouvez interrompre l'échange quand vous le souhaitez. Les informations seront enregistrées pour être retranscrites par la suite, puis totalement détruites après le rendu du mémoire de fin d'étude.

Avez-vous des questions ou des remarques ?

Vous pouvez me recontacter par la suite à l'adresse électronique suivante :  
[louisthepault2607@gmail.com](mailto:louisthepault2607@gmail.com)

Merci beaucoup pour votre temps accordé.

## Annexe IV : Grille d'entretien 1 (MOHOST)

### **Informations générales**

#### **1. Pouvez-vous présenter ?**

- Comment vous appelez vous ?
- Quel est votre âge ?
- Depuis quand êtes-vous diplômé ?
- Dans quelle structure travaillez-vous ?
- Quels types d'interventions faites-vous dans votre structure ?

### **Le MOHOST**

#### **2. Que pensez-vous du MOHOST ?**

- Depuis quand utilisez-vous le MOHOST dans votre pratique ?
- Comment avez-vous découvert cet outil d'évaluation ?
- Quels sont selon vous les avantages à utiliser le MOHOST ?
- Quels sont selon vous les limites du MOHOST ?

#### **3. Quelle est la plus-value du MOHOST dans la vie quotidienne des personnes ?**

- Quelles répercussions peut avoir le MOHOST dans la vie quotidienne des individus ? (au niveau de la motivation, des habitudes, dans l'environnement, des habiletés)

#### **4. Trouvez-vous pertinent d'utiliser le MOHOST avec des femmes ayant un cancer du sein ?**

- Le MOHOST peut-il être un levier dans la participation occupationnelle des femmes ayant un cancer du sein ?

#### **5. Avez-vous des remarques ?**

## Annexe V : Grille d'entretien 2 (Cancérologie)

### **Informations générales**

#### **1. Pouvez-vous présenter ?**

- Comment vous appelez vous ?
- Quel est votre âge ?
- Depuis quand êtes-vous diplômé ?
- Dans quel type de structure travaillez-vous ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce lieu ?

### **Structure oncologie**

#### **2. Avec quels types de patients intervenez-vous en oncologie ?**

- Où en sont les patients dans leur prise en charge lorsqu'ils arrivent dans votre service ?
- Quels sont les demandes des femmes lorsqu'elles arrivent dans votre structure ?

#### **3. Quelles sont les plaintes des patientes qui viennent dans votre service ?**

- Quelles sont les plaintes au niveau cognitif (opératoire), au niveau psychologique, au niveau moteur ?
- Est-ce qu'elles évoquent une perte de rôles sociaux ?
- Est-ce qu'elles témoignent de modifications dans leurs habitudes de vie ?

#### **4. En quoi votre structure est-elle adaptée aux femmes ayant un cancer du sein ?**

- Quels types de soins sont apportés ?
- Quels sont les objectifs pour ces femmes dans cette structure ?

## **Accompagnement en ergothérapie**

### **5. Comment vous intervenez dans le quotidien de ces femmes pour favoriser leur participation aux activités de la vie quotidienne ?**

-Dans quel cadre thérapeutique intervenez-vous ? (durée, fréquence, groupe, type d'intervention, règles)

-Avez-vous un suivi de ces femmes lorsqu'elles partent de votre service ?

### **6. Connaissez-vous des instruments de mesure pour coter la participation occupationnelle d'une personne ?**

-Connaissez-vous le MOHOST ? *(si l'outil est non connu, expliquez son utilisation et son intérêt)*

### **7. Avez-vous des remarques supplémentaires ?**

## Annexe VI : Retranscription des entretiens

**Entretien n°1 : 23/03/2022, 20 minutes 5 secondes.**

**Louis THEPAULT :** Bonjour, est ce que vous pouvez vous présenter ?

**EO1 :** Donc [nom, prénom], ergo depuis 2019 et travaillant... depuis juillet 2019 à la Pitié (Pitié Salpêtrière), service d'hématologie et de radiothérapie. Tu peux me tutoyer !

**LT :** Ah super, ça sera mieux alors. Est-ce que vous avez fait des formations complémentaires ?

**EO1 :** Non, j'ai juste su là il n'y a pas longtemps j'ai eu la formation COOP, c'est tout, les 3 jours par l'ANFE.

**LT :** Ok, oui. Du coup, tu exerces en service hémato-radiologie ?

**EO1 :** En service d'hématologie radiothérapie en milieu aigu donc où les patients sont en plein traitement.

**LT :** Ok, tu fais quoi comme type d'intervention dans ta structure ?

**EO1 :** Beaucoup de positionnement, reprise des activités de vie quotidienne de base (toilette habillage repas), sécurisation dans les déplacements, et après selon les patients s'ils ont des besoins autres pour le retour à la maison.

**LT :** Ok, c'est quoi du coup le type de cancer que tu retrouves le plus ?

**EO1 :** Alors en hémato je vais avoir tout ce qui est myélome lymphomes (avec les lymphomes t et les lymphomes cérébraux), et quelques leucémies mais ça c'est moins courant. Et en radiothérapie j'ai beaucoup de... ma plus grande population c'est tout ce qui est lié au cancer du cerveau. Je te disais je n'ai pas énormément de cancers du sein j'en ai eu 2 ou 3 je pense depuis que je travaille donc ce n'est pas beaucoup.

**LT :** Ah oui, d'accord. Bon ce n'est pas grave on va se baser sur les 2 ou 3 (rire) !

**EO1 :** Ok, je vais essayer.

**LT :** Les femmes que tu as accompagnées, c'était quoi leur demande quand elles sont arrivées dans ta structure ?

**EO1** : C'était plus travailler un peu l'amplitude au niveau du membre supérieur avec la présence de lymphome et travailler la mobilité dans les activités et tout ça... avec l'intégration du membre sup (supérieur).

**LT** : C'est pas mal physique le travail, mais il y a aussi un aspect un peu psychique sur l'intégration de ce bras lésé.

**EO1** : Bah, il y a un peu la diminution de l'œdème parce que le schéma corporel est un peu compliqué.

**LT** : Est-ce que du coup elles avaient des plaintes au niveau cognitif ?

**EO1** : Au niveau cognitif, ce sont plus un peu des troubles attentionnels, trouble de la concentration.

**LT** : Et toi, tu intervies là-dessus où c'était plus un neuropsychiatre, ou je ne sais pas... ?

**EO1** : Non il n'y a pas de neuropsychiatre dans le service et je travaillais aussi un peu sur tout ce qui est planification, mettre en place par exemple un agenda, un journal ces choses-là.

**LT** : Ah oui c'est ça. Est-ce qu'elles avaient des plaintes au niveau psychologique ?

**EO1** : C'est plus, l'acceptation de ce membre avec ces lymphomes qui est très important, après il y a une psychologue aussi dans le service donc peut être qu'elles en parlaient plus avec la psychologue.

**LT** : Comme parfois il n'y a pas de psychologue, c'est souvent l'ergo du coup qui aura un peu le rôle du psy.

**EO1** : Voilà oui et puis parfois, elles ne vont pas trop parler au psy alors elles parlent avec nous plus qu'avec les autres professionnels ouais c'est sûr.

**LT** : Et du coup, ce que tu me disais c'est qu'elles avaient des difficultés dans leurs habitudes de vie, enfin elles ressentaient une modification dans leurs habitudes de vie ?

**EO1** : Oui, Bah dans tout ce qui est le repas, tout ce qui est se coiffer, s'habiller tout ça, ce sont les difficultés d'amplitude du membre. Donc on essaye de trouver des petites astuces pour les aider ouais.

**LT** : Ouais c'est ce que tu nous avais dit en cours en deuxième année, quand on avait fait des vignettes cliniques... Au niveau des rôles sociaux, elles t'évoquaient des changements ?

**EO1** : Ça n'a pas être vraiment été évoqué, je n'ai pas ça en tête ouais.

**LT** : En quoi tu dirais que ta structure elle est vraiment adaptée aux femmes qui ont cancer du sein ?

**EO1** : Oula... Adaptée ?

**LT** : Ouais, au niveau des autres types de soins qui sont faits.

**EO1** : Après il n'y a pas d'autres soins de support, à part le psy et l'ergo, il n'y a rien. Il n'y a pas de kiné, il n'y a pas d'associations qui passent, sauf l'aumônerie qui vient de temps en temps si elle est demandée.

**LT** : L'aumônerie ?

**EO1** : Si le patient est catholique, ces choses-là tu sais, c'est la personne de la chapelle qui vient discuter avec le patient. Mais il y en a d'autres selon les religions il peut y avoir d'autres personnes. Et il y a aussi, je ne pense pas que ce soit une association, non c'est des bénévoles de l'hôpital qui viennent une fois par semaine/une fois toutes les 2 semaines discuter avec les patients.

**LT** : Ah ça c'est bien, donc j'imagine que ce sont des bénévoles qui ont déjà eu un cancer.

**EO1** : Pas spécialement, ils ne vont pas spécialement parler du cancer c'est plus pour évader un peu le patient et penser à autre chose que la maladie. Ils vont discuter de tout de rien. Ils viennent voir ils disent « Bonjour », même s'ils ne se connaissent pas. « Est ce que vous avez envie de discuter » et puis après selon comment le patient adhère il discute avec la personne.

**LT** : Et toi tu ne peux pas parfois être en relation avec les associations ou tu peux leur conseiller des associations ?

**EO1** : Oui j'ai déjà proposé des après, pour les dames du cancer du sein, je crois que je n'ai pas fait, mais pour les autres pathos, on avait déjà contacté des associations, ou juste déjà la Ligue ou ces choses-là ouais.

**LT :** Tu dirais que c'est quoi vraiment les objectifs des femmes qui viennent en ergothérapie, dans ta structure ?

**EO1 :** Les objectifs ça va être plus : Récupérer de l'amplitude, travailler l'intégration du membre et l'acceptation de l'œdème. Le cognitif, il passe vraiment un peu après. Elles pensent plus au visuel, à cet œdème et à cette limitation d'amplitude.

**LT :** J'imagine bien quand elles se voient dans le miroir, elles voient que ça. Du coup toi, comment tu intervies dans leur quotidien en termes de cadre thérapeutique ?

**EO1 :** Je viens la journée, après je n'ai pas d'horaires je n'ai pas de rendez-vous avec les patients. Je viens en fonction de mon planning la journée et soit elles sont en rayon, soit elles sont dans leur chambre. Donc quand elles sont dans leur chambre on travaille que ce qu'elles veulent faire en fonction de leurs besoins et de leurs objectifs.

**LT :** Tu fais des séances de combien de temps ?

**EO1 :** ça peut être en moyenne une vingtaine de minutes. Et après si je fais des mises en situation où ces choses-là : si par exemple elles ont des difficultés pour se laver ou pour s'habiller je vais les aider donc ça va prendre un peu plus de temps parce que je vais être là pendant toute la douche ou tout l'habillage.

**LT :** Tu as déjà fait des séances en faisant des groupes ?

**EO1 :** Non jamais de groupe, je prends toujours en individuel. Parce que pour moi ils ont des objectifs différents donc on travaille vraiment sur la spécificité de leur objectif. Après j'ai fait des travaux de groupe mais plus pour travailler le cognitif avec des « glyo » donc pas du tout avec le cancer du sein.

**LT :** D'accord. Est-ce que du coup tu as un suivi de ces femmes quand elles partent de ton service ?

**EO1 :** Non après je n'ai pas d'informations, non souvent je donne mon adresse mail pour qu'elles me donnent des nouvelles ou ces choses-là mais souvent je n'en ai pas.

**LT :** En général, elle reste vraiment dans le service sur le moment où elles ont leurs soins quoi ?

**EO1** : C'est cela, après elles partent souvent, elles font un arrêt d'accompagnement un peu, d'eux-mêmes.

**LT** : On arrive déjà à la dernière question, est ce que tu connais des instruments de mesure pour côter la participation occupationnelle des femmes, ou tu utilises peut-être d'autres choses ?

**EO1** : Je n'utilise pas de bilans, je suis plus sur de l'observation et j'y vais. C'est le problème du milieu aigu, c'est qu'on n'a pas le temps de faire plein de bilans pour agir parce que on ne sait pas combien de temps ils vont rester, donc on est dans la rapidité. Après comme j'ai fait la formation COOP, je sais un peu comment on fait pour travailler l'objectif avec but, plan (je fais, je vérifie). Après on peut se baser sur le MOH aussi qui est pas mal, mais c'est vrai que je n'ai pas le temps de mettre ça en place.

**LT** : Oui, tu ne l'as jamais essayé du coup.

**EO1** : Hum, après COOP je l'ai essayé mais pas avec les patients atteints de cancer, parce que je n'en ai pas re-eu depuis, et le MOH je ne suis pas assez formée dessus. Même si je sais que ça va aider, je ne le connais pas à 100%, donc je ne mets pas en place.

**LT** : Le MOHOST côte purement la participation des personnes dans leurs occupations. Je comprends que ça peut être compliqué quand on n'a pas été initialement formé dessus de s'y remettre.

**EO1** : C'est cela, et après tu as l'institution qui ne t'aide pas à te former là-dessus, parce que ce sont des grosses formations qui coutent chères et tout ça.

**LT** : Je comprends, c'est tout pour moi. Merci pour tes réponses, c'est très gentil d'avoir participé. J'espère que je n'ai pas pris trop de ton temps.

**EO1** : Non ça marche. Bon bah tu m'enverras ton mémoire pour que je le lise.

**LT** : Pas de problème.

**EO1** : Dis-moi si vous avez des cours sur le MOHOST, des diapos tout ça, je veux bien, si ça ne te gêne pas de m'envoyer les diapos sur le MOH. Comme ça moi en même temps je m'instruis quoi.

**LT** : Ok, d'accord sans soucis. Si on peut faire une pierre deux coups.

**EO1** : Bon bah nickel et puis si tu as d'autres questions, tu n'hésites pas, tu as mon mail ! Bon courage à toi !

**LT** : Bon courage, au revoir.

**EO1** : Salut.

**Entretien n°2 : 29/03/2022, 25 minutes 17 secondes.**

**Louis Thépault :** Bonjour, est ce que vous pouvez vous présenter ?

**EO2 :** Je travaille à l'institut Jules Bordet, centre de recherche des tumeurs à Bruxelles. Je suis ergothérapeute au centre et je suis en temps plein sur tout l'hôpital, et on travaille dans tous les services où il y a des pathologies cancéreuses et on parle aussi de multi pathologie, parce que les patients viennent avec d'autres pathologies et le cancer en plus, en général.

**LT :** D'accord, et il y a combien de services dans votre structure ?

**EO2 :** Alors, on en a beaucoup, parce qu'on a euh... le service covid depuis récemment, puis on a le service général, l'onco-gériatrie, l'hématologie protégée/non protégée, le centre de jour, la chirurgie mammaire, la chirurgie uro-gynéco, la chirurgie orthopédique, les soins palliatifs, la sphère ORL et les digestifs tous les cancers digestifs. Plus les urgences, et les sorties d'opération. C'est un peu près tous les services qu'on a.

**LT :** C'est beaucoup.

**EO2 :** Ouais c'est énorme.

**LT :** Et vous y travaillez depuis combien de temps ?

**EO2 :** Moi, ça fait 25 ans, ça commence à chiffrer. C'est un peu tard pour changer de domaine, mais j'ai fait d'autres choses avant !

**LT :** Du coup vous intervenez avec quels types de patients exactement ?

**EO2 :** On a des patients de 18 à 100 ans un peu près. On se dit que les patients peuvent avoir à la fois, une maladie psychiatrique et un cancer ou c'est un patient gériatrique avec le diabète, une amputation peut être en plus, une prothèse de hanche peut être et en plus le cancer. Donc c'est pour ça que je dis que c'est multi pathologique en fait, tu peux avoir pleins de petites choses, mais toi en tant qu'ergo tu t'occupes de tout. Quand c'est un adulte qui travaille encore, il faut prendre en compte les effets secondaires et le retour à domicile. Il faut tenir compte de tout son environnement familial, professionnel, voir s'il y a des adaptations à faire par rapport à ça, donc il y a quand même des prises en charge très variées quoi. Ça peut aller de la relaxation simple pour certains patients qui ne sont vraiment pas bien au niveau palliatif jusqu'à la reprise du travail quoi.

**LT :** J'imagine que les demandes des femmes qui ont un cancer du sein peuvent être multiples.

**EO2 :** Oui car tu vas voir que quelquefois, tu as des femmes avec un cancer du sein très jeunes et quelquefois très âgées. Donc les demandes ne sont pas les mêmes. Les femmes plus âgées souvent elles ne veulent pas se faire reconstruire et les autres elles veulent. Mais il y a des femmes âgées qui ne se voient pas sans poitrine. Donc ça dépend du vécu de la personne et de la façon dont elle vit sa vie, donc tu dois à chaque fois t'adapter à la personne.

**LT :** Ok.

**EO2 :** Là on a un projet « RESTART » avec les femmes qui ont un cancer du sein, parce que très souvent après les traitements, les patients se sentent seules. Elles ont un traitement d'hormonothérapie pendant x années, mais elles doivent quand même retourner travailler, à leurs habitudes de vie etc... Et elles se sentent un petit languée parce qu'il y a plus de traitement plus spécifique pour le cancer, elles sont en rémission mais on leur donne quand même quelque chose pour dire qu'on fait ça par sécurité, je parle de l'hormonothérapie. Et puis, il y a des effets secondaires : douleurs articulaires, transpiration, des phénomènes souvent préménopause et euh... voilà quoi on doit les aider par rapport à ça. Et aussi euh... maintenant on s'est rendu compte qu'elles se sentent vraiment seules dans tous les symptômes qu'elles avaient et donc on a mis en place ce projet concernant 12 séminaires (sur l'alimentation, la fatigue, la douleur, la gestion des émotions) donc tous les domaines, où on leur donne des bagages pour recommencer à vivre. Donc ça c'est notre gros projet en place.

**LT :** Très bien, donc vous diriez que c'est quoi leur plainte aux femmes dans ta structure ?

**EO2 :** La solitude car les gens ne comprennent pas les symptômes notamment la fatigue. La fatigue ne se voit pas, les gens ne se rendent pas compte. Quand on leur dit qu'elles sont en rémission, elles te disent je vais très bien, mais en fait non, il y a encore toutes les séquelles qui sont encore là pendant un certain temps, parfois à vie. Mais oui elles voudraient jouer au badminton, mais en fait non elles ne peuvent plus physiquement. Mais ça les gens ne le comprennent pas.

**LT :** En plus des plaintes physiques, il y a aussi au niveau cognitif que ça pêche ?

**EO2 :** Oui, il y a des pertes de mémoire, donc ça c'est important aussi. Mais les symptômes principaux ce sont la fatigue, la douleur, les douleurs neuropathiques notamment, difficulté dans la gestion du temps, s'organiser et la force. Elles se trouvent sans énergie elles disent, cette énergie pour qu'elles se lèvent le matin tu vois. Elles ont du mal à bouger en fait. Ce sont les conséquences des traitements quoi.

**LT :** D'accord, et elles évoquent aussi des modifications dans leurs habitudes de vie ?

**EO2 :** Oui tout est ralenti, elles ont fait des tris. Avec leur maladie, il y a des gens qui ne veulent plus les voir et tu as des choses qui te sont interdits. Mais parfois tu as des choses qui peuvent rester, mais malgré tout il y a le rendement qui est un peu moindre et donc elles doivent s'habituer à ce type de changement et ça s'est toujours compliqué pour elles. Elles ont ici, un soutien psychologique où nous on intervient avec elles, ou il y a de la relaxation. On sait maintenant qu'il faut être actif pour pouvoir stimuler l'immunité donc on essaye de réaliser malgré tous des activités sur les journées même si elles sont extrêmement fatiguées.

**LT :** En quoi tu dirais que ta structure est adaptée aux femmes qui ont le cancer du sein ?

**EO2 :** Elles peuvent avoir chez nous, la chirurgie néoadjuvante qui te permet de diminuer la tumeur et conservé le sein, une fois conserver tu peux enlever juste avec une tumorectomie. La tumorectomie peut être suivie par un curage ganglionnaire ou non en fonction de l'âge, le type de cancer enfin toute une panoplie à suivre. Mais, on fait aussi le ganglion sentinelle, qui te permet de conserver certains ganglions et enlever que ceux qui sont atteints. Ça permet d'éviter les femmes qui ont le gros bras, parce que les personnes qui ont un curage ganglionnaire ont des gros problèmes au niveau du système lymphatique du bras opéré. Le gros bras crée des problèmes de douleur, lenteur, d'adaptation de la vie quotidienne etc... Et là on peut intervenir, soit en adaptant un poste de travail, soit par la prévention avec les lymphœdèmes. Une fois qu'elles sont opérées, elles ont souvent une chimiothérapie adjuvante qui éliminent toutes les cellules restantes possibles, la cicatrisation de la plaie puis la radiothérapie locale au niveau de seins. La radiothérapie peut donner une rétraction des amplitudes et là on intervient au niveau de la rééducation. On travaille en pluridisciplinarité avec tous les autres paramédicaux (le kiné, le

psychomotricien). Après tout ça, elles ont encore de l'hormonothérapie et pour certains de l'immunothérapie. Comme ça je t'ai fait tout le développement. Nous en tant qu'ergothérapeutes, on peut intervenir du début jusqu'à la fin en fonction du type de problèmes qu'elles rencontrent et ça n'est pas une généralité. La seule généralité que tu as, c'est la fatigue, les douleurs neuropathiques, la gestion du temps et l'adaptation de la vie quotidienne notamment du poste de travail. Sans oublier, l'image de soi et l'image corporelle à intégrer dans les activités et les rôles qu'elles avaient auparavant.

**LT :** Et ça ce sont les objectifs quand elles arrivent dans votre structure ?

**EO2 :** Ouais, elles disent moi je veux continuer comme avant, mais elles se rendent compte que c'est plus possible car elles sont ralenties, elles ont des problèmes de concentration cognitif. Elles ont très peur de plus être dans la rentabilité professionnelle.

**LT :** Et quand vous me dites que vous intervenez, c'est de quelle manière ? Vous faites de l'individuel/du groupe, combien de temps, à quelle fréquence ?

**EO2 :** Souvent, je faisais au départ un groupe couture. Une fois qu'on a fait connaissance car le temps d'hospitalisation est de plus en plus court, on avait le temps de faire connaissance, travailler l'image de soi, travailler sur l'adaptation du comportement physique par rapport à la douleur et la problématique de l'ablation. On adaptait l'environnement donc si toi tu n'arrives pas aux choses, essaye que les choses arrivent à toi. Maintenant on a plus l'occasion de faire le groupe, on fait au niveau individuel, des prises en charge bien spécifique pour un problème très spécifique. Souvent, c'est par rapport à la concentration, la fatigue, l'occupation. On fait de l'occupation humaine, c'est-à-dire les mettre dans une activité pour qu'elle reprenne un rythme, une manière de se concentrer et de continuer à vivre. Ah oui, on ne va pas à domicile, parce qu'il n'y a pas d'assurance et il faut un médecin revalidateur pour faire des visites à domicile chez nous, on n'a pas de médecin chez nous.

**LT :** Est-ce que vous faites un suivi de ces femmes lorsqu'elles partent de votre structure ?

**EO2 :** Oui parce que maintenant on a le programme « RESTART », mais auparavant aussi. Seulement il fallait qu'elles se plaignent à un médecin pour qu'on les revoie.

Parce que quand elles sont parties, elles sont dans la nature, elles reprennent leur vie normale mais en sachant que la rémission est momentanée. Elles peuvent avoir une rémission de 10 ans et d'un coup elles reviennent, c'est possible aussi car il y en a qui reviennent au bout de 25 ans pour une rechute ou un nouveau cancer. Les besoins sont différents.

**LT :** Est-ce que vous utilisez des bilans ou des instruments pour coter la participation aux occupations ?

**EO2 :** On utilise plutôt l'IADL, le Lawton Brody et le Katz. On a redécouvert le MOHOST grâce à toi. Je trouve qu'il est bien adapté, on va surement pouvoir le mettre dans notre programme merci. Je suis en train de l'étudier donc je me dis que ça pourrait être pas mal. L'évaluation du membre supérieur, les préhensions, la motricité au niveau du bras et de l'épaule, il s'appelle le DASH si je me souviens bien. L'évaluation de SPICHER pour tout ce qui était neuropathique, le questionnaire de Saint Antoine, le bilan sensoriel avec les différents filaments.

**LT :** Du coup, comme je t'ai envoyé le MOHOST pour que tu vois comment ça se découle, t'en penses quoi objectivement ?

**EO2 :** J'ai trouvé qu'il (le MOHOST) était assez complet et je pense qu'on va l'ajouter dans notre prise en charge globale, même pour d'autres patients, pas que pour les femmes qui ont un cancer du sein. Parce que j'ai trouvé que les items étaient bien faits, que ça mettait en lumière l'environnement, la motivation. Donc c'est quand même intéressant parce que moi j'utilisais surtout le modèle MCRO parce qu'il y'a justement la satisfaction dedans et ici dans cette échelle on voit bien que l'avis de la personne est pris en compte. On voit les rôles et... surtout c'est ça, il est court. Parce que si nous on regardait dans les autres évaluations, ça prenait un temps dingue, c'est trop long, et comme elles ont des troubles de concentration, ce n'est pas la peine tu vois. Moi j'ai commencé les groupes de gestion émotionnelle post-cancer, j'ai fait 2 fois 50 minutes avec une pause de 10 minutes, c'est vraiment énorme. Même si elles étaient contre car elles disaient « ça nous permet de nous réentraîner à nous concentrer pendant un certain temps ». Quelque part, c'est ce qui était visé mais je ne savais pas si j'allais l'atteindre et ça correspond à ton instrument le MOHOST. Je me suis posée la question d'utiliser le MOHOST pour ça et je te dirais quoi à l'occasion.

**LT** : Déjà quand tu utilisais le MOHOST auparavant, tu l'utilisais à quel moment dans l'accompagnement ?

**EO2** : Quand je l'utilisais, c'était surtout avec d'autres patients, pas tellement avec les patients qui avaient le cancer du sein, c'est plutôt avec les patients qui étaient en onco-gériatrie, mais maintenant on a changé avec un autre test. Mais c'était souvent un au début et à la fin, comme ça on voit s'il y a une évolution dans les cotations. Comme ça, on peut dire s'il peut rentrer chez lui ou s'il n'est pas prêt par rapport à sa participation à ses occupations. C'est à ce moment là où on peut dire tu vas en institution etc... Mais je trouvais que ce n'était pas assez fin pour l'onco-gériatrie que pour les jeunes, maintenant je commence à comprendre comment on peut l'utiliser autrement. Mais je ne peux pas encore te dire, je suis dans la réflexion en train d'analyser. C'est bien aussi parce qu'avec les lettres facilite permet on voit ce qui est bien et empêche inhibe on voit les difficultés, au moins c'est clair.

**LT** : D'accord.

**EO2** : Ça va tu as toutes tes réponses ?

**LT** : Oui, merci beaucoup.

**EO2** : Bonne journée !

**LT** : Bonne journée, au revoir.

**EO2** : Au revoir !

**Entretien n°3 : 05/04/2022, 15 minutes 14 secondes.**

**Louis Thépault :** Bonjour, je vous appelle parce que je fais un mémoire sur l'oncologie et l'utilisation du MOHOST et j'interviewe les personnes qui utilisent le MOHOST en parallèle avec les ergothérapeutes qui travaillent en oncologie avec les femmes qui ont un cancer du sein. Mon objectif est de voir si l'utilisation du MOHOST a intérêt pour favoriser la participation occupationnelle de celle-ci. Avant de commencer est-ce que je peux vous tutoyer ?

**EM1 :** Oui pas de problème. J'ai Tom qui proposait de faire un Facetime si tu veux, comme je n'ai pas de Webcam.

**LT :** Ah non non, c'est bon comme ça, merci Tom.

**EM1 :** il n'entend pas haha.

**LT :** Ok. Est-ce que tu peux te présenter ?

**EM1 :** Euh Ok. Alors je suis ergothérapeute depuis 2015, et je travaille au centre hospitalier du Rouvray depuis 2016, mai 2016. Là actuellement je travaille dans un service, depuis un an, pour les psychoses résistantes au traitement, ce sont des patients psychotiques schizophrènes qui ont été suivis dans d'autres services dans d'autres hôpitaux, et qui ne répondent pas très bien au traitements médicamenteux habituels. Alors ils viennent ici et ils essaient d'autres choses, on essaie de voir pourquoi il y a résistance. Et j'ai été formée au modèle du MOH en octobre-novembre.

**LT :** C'est tout récent. J'arrive au MOHOST après. Du coup tu fais quoi comme type d'interventions ?

**EM1 :** Je fais des bilans d'autonomie ouais, je fais de l'accompagnement individuel d'autonomie à la réalisation du repas, à la prise de transport, des visites à domicile et des groupes aussi de remédiation cognitive, d'activité physique, d'habiletés sociales.

**LT :** D'accord du coup qu'est-ce que tu penses du MOHOST, même si tu l'utilises depuis pas très longtemps.

**EM1 :** Je l'utilise depuis pas très longtemps je trouve qu'il est intéressant, parce qu'il balaye des champs assez larges de la volition, jusqu'à l'habileté motrice et l'environnement. Ça permet de cibler les difficultés, mettre en avant finalement ce qui est le plus difficile et ce sur quoi il va falloir retravailler.

**LT** : Très bien pour toi c'est quoi du coup les avantages de ce MOHOST ?

**EM1** : Les avantages, c'est qu'il permet de faire une synthèse déjà de synthétiser et d'analyser les données le mode. Le MOHOST on ne va pas l'utiliser en premier lieu, moi comme je l'ai appris et de la façon que je l'utilise, je cote une fois que j'ai fait tout l'entretien, les autres évaluations et les mises en situation. Et en fait j'ai d'autres outils d'évaluation, le MOHOST me permet donc d'organiser un peu les choses à la fin d'analyser et de résumer on va dire.

**LT** : Et si tu devais trouver des limites au MOHOST ?

**EM1** : Bah ça dépend de l'utilisation qu'on en a je pense, parce que l'utiliser seul je pense que ça ne va pas assez loin sur certains domaines. Ça permet de résumer mais du coup si on voit que ce sont les habiletés de communication qui sont déficitaires, le MOHOST ne va pas suffir il faut aller plus loin et du coup on complète avec l'ACIS ou des choses comme ça. Les habiletés motrices, c'est un peu pareil, si on voit qu'il y a des difficultés, faut aller plus loin quoi. C'est vraiment surtout de la synthèse ou à faire entre-milieu et après ça nous permet de creuser vraiment ce qui est fait déficitaire.

**LT** : Quelles répercussions peut avoir le MOHOST dans la vie quotidienne des personnes ?

**EM1** : Le MOHOST ? Comme répercussions directes ? Moi le MOHOST quand je vais le faire, je ne vais pas le faire voir au patient après.

**LT** : Ah oui, pas le MOHOST en lui-même mais le fait d'avoir utilisé le MOHOST toi en tant qu'ergo.

**EM1** : Oui c'est ça, après c'est dans mes bilans aussi que ça permet de cibler certaines difficultés, par exemple dans la volition qu'est ce qui est vraiment compliqué de cibler quoi. On sait qu'il y'a un problème avec la volition mais qu'est ce qui est problématique, on va voir si c'est plutôt l'autoévaluation ou si c'est ça les choix qui sont faits. Mais sachant que c'est un débroussaillage, qu'on pourrait aller plus loin encore.

**LT** : Tu vas tout coter dans le MOHOST où il y a des parties du MOHOST que tu n'utilises pas ?

**EM1** : Ah non moi je côte... enfin... en fait je côte une fois que j'ai fait tous mes autres bilans et évals, donc en fait ça me permet de synthétiser. Et en gros ça me permet de faire ma conclusion de bilan d'autonomie presque. Parce qu'en fait je sais que tout ce qui va être en limite et inhibe ça va être des difficultés, alors que facilite et permet ça va plus être des forces, sur quoi on va pouvoir s'appuyer.

**LT** : C'est vraiment pertinent comment tu me décris cela, ça peut faire une bonne synthèse.

**EM1** : Mais pour faire par exemple des diagnostics ergos, tu as des ressources qui ressortent et des difficultés qui ressortent facilement en fait. Nous la formatrice du Rouvray, elle nous a dit, qu'on tire une ligne entre les P et le L, ce qui a en dessous ce sont les difficultés et au-dessus les ressources.

**LT** : Ok c'est visuel ! Est-ce que tu penses que le MOHOST peut être utilisé avec tous types de population, et notamment avec les femmes qui ont un cancer du sein ? Même si je sais que tu ne connais pas du tout ce type de population.

**EM1** : Après, je pense que ça peut être utilisé avec tout le monde. Mais après faut quand même avoir une base, il faut avoir vu le patient en activité avant ou en entretien aussi. On ne côte pas juste avec le dossier du patient ou avec un entretien. Faut avoir plus d'informations, et après on essaye avec les... bah j'avoue que je ne sais même pas ce que c'est que les difficultés des femmes qui ont un cancer du sein. Mais je me dis qu'il y a des choses qui vont être plus autour de la motivation, du profil d'occupation, de l'habitation qui vont être perturbé, parce que ça va être un changement. Après au niveau des habiletés opératoires et motrices, je pense plus motrice après l'opération pourquoi pas. Mais je pense qu'il y a des éléments qui ne vont pas forcément être perturbés. L'environnement peut être important aussi, ça permet de voir si des personnes sont ressources pour la patiente, car ça peut être un environnement facilitant pour sa guérison. Donc pour moi ça peut être intéressant, après reste à voir quel outil à utiliser en parallèle pour coter le MOHOST ensuite.

**LT** : Ce que je retiens de cet entretien, c'est que le MOHOST ne s'utilise pas tout seul, je n'en avais pas connaissance avant.

**EM1** : Bah ça c'est ce qu'on nous a dit durant dans notre formation, que le MOHOST ne se côte pas tout seul. Il faut vraiment au moins voir une fois le patient en activité. Donc d'après moi, mon activité c'est la mise en situation « course & cuisine » parce

que c'est dans mon bilan d'autonomie, et au moins voir une fois en entretien. Moi mon entretien est très long, je fais l'ELADEB, l'anamnèse, l'OSA, je fais encore d'autres évals et à la fin de tout ça je cote le MOHOST qui me sert pour ma synthèse et ma conclusion. C'est vraiment un outil d'analyse et de résumé.

**LT** : D'accord, super. Est-ce que tu as d'autres remarques ou pas ?

**EM1** : Non. Ça ne me vient pas comme ça.

**LT** : Et bien écoute je te remercie beaucoup pour cet entretien.

**EM1** : De rien, n'hésite pas si tu as des questions à côté, tu peux m'envoyer un mail.

**LT** : D'accord, merci bon courage !

**EM1** : Bon courage à toi aussi, au revoir.

**LT** : Au revoir.

**Entretien n°4 : 08/04/2022, 13 minutes 18 secondes.**

**LT :** Bonjour, alors j'espère que vous allez bien, pour commencer est ce que vous pouvez vous présenter ?

**EM2 :** Je suis ergothérapeute depuis 12 ans, je travaille en psychiatrie au centre hospitalier du Rouvray.

**LT :** En psychiatrie, vous travaillez avec quels types de population ?

**EM2 :** Actuellement je travaille en hôpital de jour auprès d'adultes qui souffrent principalement de psychose, de schizophrénie et qui vivent chez eux à l'extérieur dans la cité et qui viennent à l'hôpital de jour plusieurs fois par semaines.

**LT :** D'accord, et vous faites quoi comme types d'interventions ?

**EM2 :** La majorité des interventions sont des interventions de groupes à la fois sur des médiations classiques même si je n'aime pas ce mot-là, des médiations traditionnelles, voilà du mandala, du sport des choses comme ça. Et puis à la fois autour de soins tournés autour de la réhabilitation sous forme de remédiation cognitive, d'entraînements aux habiletés sociales d'éducation thérapeutique. Et puis, on a aussi une petite partie d'intervention en individuel tournée autour d'objectifs individuels du quotidien des personnes.

**LT :** Du coup, depuis quand vous utilisez le MOHOST ?

**EM2 :** Le MOHO en général ça fait 1 an ou 2 que je m'intéresse mais que j'avais du mal à cerner au niveau du modèle et le mettre en place dans ma pratique, mais en octobre dernier on a eu une formation d'une semaine pour tous les ergothérapeutes du centre hospitalier avec Mme D. qui est une formatrice canadienne pour nous former aux modèles et à quelques outils dont le MOHOST. Du coup ça m'a vraiment aidé à intégrer le modèle que ce soit dans les bilans et les prises en charge individuels.

**LT :** Plus précisément, c'est à quels moments dans votre processus d'intervention que vous l'utilisez ?

**EM2 :** Le MOHOST je l'ai utilisé quelques fois et principalement au début des prises en charge des patients, au moment où après voir vu le patient en entretien, après avoir fait des mises en situation, je pouvais coter le MOHOST à ce moment là pour faire une synthèse. Et puis, je l'ai aussi fait par curiosité pour une patiente que je

suivais depuis 1 an et demi pour essayer de faire un peu le point sur là où elle en était.

**LT** : Selon vous, quels sont les avantages à utiliser le MOHOST ?

**EM2** : Les avantages c'est que ça va retracer un peu euhhh... c'est un outil qui peut couvrir tous les items du MOH, de la personne, de l'agir, de l'environnement. Ça permet de balayer un peu tous ces items-là. C'est une aide à la rédaction des synthèses parce que finalement en utilisant le guide on a des phrases un peu toutes faites et on peut s'inspirer des exemples du guide pour rédiger. Aussi les notions de ce qui facilite, ce qui permet sont de ce qui n'est pas notion de travailler et ce qui inhibe et ce qui empêche pour ce qui va être à travailler, cette distinction-là est intéressante pour construire le plan d'intervention après.

**LT** : Ah oui, en fait ça va être plus simple pour vous parce que vous savez que E et I c'est ce qu'il y a de mauvais, ça doit être bien visible.

**EM2** : Ouais, permet de mettre les choses en lumière oui.

**LT** : Et si jamais vous deviez trouver des limites au MOHOST, ça sera lesquelles ?

**EM2** : La principale limite que j'ai rencontrée c'est le fait de euh...Moi je voyais le MOHOST comme un outil de synthèse qui pouvait rassembler plusieurs situations, les entretiens etc... Mais en fait c'est vraiment un outil qui est contextualisé, la formatrice me l'a expliqué quand on s'est revu, cet outil se côtoie dans un contexte qui est particulier. Du coup les difficultés que j'ai rencontrées c'est que parfois entre la parole du patient et les mises en situation et le niveau de difficulté, ça va pas toujours être les mêmes cotations car les capacités du patient vont être adaptées et du coup j'ai parfois trouvé ça difficile à coter pour choisir sur quelles situations je me basais. Je ne sais pas si je suis très claire.

**LT** : Oui, vous prenez une situation, vous mettez en pratique et vous coter avec le MOHOST, mais vous ne savez pas toujours quelles situations à prendre en fonction de chaque patient et de ses dires, et puis c'est subjectif pour coter.

**EM2** : C'est ça, du coup selon les situations, les cotations du MOHOST peuvent être différentes parce qu'un patient par exemple, si on prend les habiletés opératoires, selon la mise en situation que l'on va proposer le patient va être plus ou moins en difficulté donc du coup les cotations vont être différentes.

**LT** : Du coup ça sera mieux d'avoir une même mise en situation pour chacun ?

**EM2** : C'est à discuter aussi car la mise en situation est adaptée aux habitudes de vie de la personne, à ce qu'elle fait et du coup l'idée c'est aussi de voir comment la personne va pouvoir être en capacité de pouvoir mettre en œuvre ses projets, il n'y aura pas les mêmes exigences de l'environnement aussi. C'est vraiment la question que j'ai encore par rapport au MOHOST : par rapport à quoi, sur quelle situation on cote, et quel sens ensuite.

**LT** : Ou alors, il faudrait le coter par rapport à un bilan spécifique avant, c'est une hypothèse hein !

**EM2** : Oui je pense aussi, plus on a de mises en situation, plus c'est facile de coter.

**LT** : C'est ça même si après ça prend du temps.

**EM2** : Et après faut pouvoir faire sortir la diversité des situations euh... ça veut dire quoi les habiletés opératoires qui permettent... C'est compliqué parfois.

**LT** : Ok je comprends, du coup est ce que vous utilisez d'autres outils pour compléter le MOHOST ?

**EM2** : Je pense que l'outil du MOHO qui me parle le plus c'est l'OCAIRS, du coup l'entretien. Alors je n'ai pas été formée donc je le cote, mais j'utilise la trame d'entretien semi-dirigé pour l'entretien initial avec le patient. L'OSA aussi que je trouve intéressant, c'est une autoévaluation, il y a à la fois des compétences, des habiletés, on parle d'engagement à la fois des habiletés et des activités, le patient doit dire s'il les fait avec quelques difficultés, avec un certain niveau de difficulté et si ce sont des activités importantes pour lui. Ensuite ça lui permet de cibler 4 à 6 changements majoritaires.

**LT** : Vous avez déjà combiner l'OSA/l'OCAIRS avec le MOHOST pour que ce soit plus simple pour vous ?

**EM2** : L'idée c'est vraiment que... en fait dans ma pratique je vais garder l'OCAIRS et l'OSA mais le MOHOST c'est celui que je trouve le moins intéressant, à utiliser plus quand il y a une mise en situation vraiment, avec des choses à faire ressortir.

**LT** : D'accord, selon vous de façon générale quelle est la plus-value de l'utilisation du MOHOST dans la vie quotidienne des personnes ?

**EM2** : Je pense que ça peut permettre à la personne d'avoir un feedback sur là où elle en est, un peu comme une photo de sa situation occupationnelle aujourd'hui, que ce soit au niveau de son environnement, d'elle-même, de ses habiletés, de ce qui est ressource et de ce qui est difficile et justement prendre conscience de cela. C'est vraiment un bon outil le MOHOST, je ne sais pas si on peut le donner tel quel au patient mais en tout cas faire un retour basé sur le MOHOST à la personne, moi j'ai toujours eu des bons retours de la personne, qui disait qu'on ne leur avait jamais fait ce type de retour et que c'était assez éclairant pour elles.

**LT** : On n'arrive déjà à la dernière question. Est-ce que vous trouvez pertinent d'utiliser le MOHOST avec d'autres populations ? Là je sais que vous êtes en psychiatrie mais est ce que cet outil est destiné à la psychiatrie ou il peut être développé ailleurs et notamment avec les femmes qui ont un cancer du sein ?

**EM2** : Je pense que ça peut être intéressant pour tout le monde. Je pense que lorsqu'on rencontre une difficulté occupationnelle de sa vie de tous les jours, ça peut être intéressant, peu importe la pathologie et même parfois sans pathologie. De pouvoir voir ce qui cause ces difficultés là, ce qui empêche de faire les choses, ce qui nous limitent et sur quoi on peut s'appuyer. Donc j'imagines que si les femmes ayant un cancer du sein souffrent d'un déséquilibre occupationnel, ça pourrait être intéressant aussi pour elles d'avoir cette photographie de leur situation pour pouvoir ensuite modifier les choses et améliorer leurs situations.

**LT** : Donc vous l'utiliserez au même moment que vous l'utilisez actuellement, c'est-à-dire au début pour faire une synthèse globale de la situation occupationnelle ?

**EM2** : Oui je pense que ça pourrait être à ce moment là avant de les accompagner pour améliorer leur vie quotidienne.

**LT** : D'accord, est ce que vous avez des remarques ou d'autres choses à dire ?

**EM2** : Je suis intéressée pour lire votre mémoire quand vous aurez fini.

**LT** : Pas de problème, je vous enverrai ça. Merci beaucoup d'avoir répondu à l'appel. Bonne continuation. Au revoir.

**EM2** : Pas de soucis. A vous aussi. Au revoir.

**Entretien n°5 : 15/04/2022, 5 minutes, mail**

**LT** : Bonjour, pouvez-vous présenter ?

**EM3** : Bonjour, j'ai 38 ans. Je suis diplômé depuis 2009 et je travaille en maison de soins psychiatriques.

**LT** : Quels types d'interventions faites-vous dans votre structure ?

**EM3** : Je réalise des anamnèses, des évaluations ergo, des bilans thérapeutiques, des prises en charge individuelle, des ateliers thérapeutiques.

**LT** : Que pensez-vous du MOHOST ?

**EM3** : J'utilise le MOHOST depuis 6 ans. Je l'ai découvert à la suite de recherches personnelles et des lectures. J'ai eu l'occasion de suivre une formation sur le MOH et on a vu cette évaluation. En général, je l'utilise dans les premiers mois d'une nouvelle hospitalisation avec mes patients.

**LT** : Quels sont les avantages à utiliser le MOHOST ?

**EM3** : Selon moi, le MOHOST est une méthode d'évaluation combinée, entre l'observation en situation, l'entretien initial et les informations recueillies auprès d'une tierce personne. Il permet de réaliser une analyse des forces et des limites à la participation aux occupations. Il permet de récolter plusieurs données sur la volition, l'habitation, les habiletés et l'environnement de la personne. Et tout ça va permettre d'analyser la façon dont les éléments influencent sa participation. Le MOHOST met en avant les éventuels leviers de changement.

**LT** : Quelles sont selon vous les limites du MOHOST ?

**EM3** : Je trouve que ce n'est pas toujours facile avec les patients ayant un QI faible. Il faut remanier un peu les questions.

**LT** : Utilisez-vous des autres outils pour compléter le MOHOST ?

**EM3** : Oui, j'utilise d'autres outils du MOH.

**LT** : Selon vous, quelles répercussions peut avoir l'utilisation du MOHOST dans la vie quotidienne des individus ?

**EM3** : L'utilisation du MOHOST fait que les patients sont plus investis dans leur prise en charge et leur projet.

**LT :** Trouvez-vous pertinent d'utiliser le MOHOST avec d'autres populations, notamment les femmes qui ont un cancer du sein ?

**EM3 :** Pour moi, le MOHOST peut être utilisé dans différents domaines et n'est pas spécifique à une seule population.

**Les femmes atteintes d'un cancer du sein :  
Leurs changements occupationnels en ergothérapie.**

**THEPAULT Louis**

**Résumé :**

Le cancer du sein est une maladie multifactorielle dans laquelle les cellules du sein se développent de manière incontrôlable. Cette maladie entraîne des modifications importantes dans les occupations des femmes, ainsi elles ressentent une baisse de leur participation occupationnelle, notamment lors de la phase post-opératoire. L'objectif de ce travail est de questionner comment l'ergothérapeute peut favoriser la participation occupationnelle de ces femmes. L'étude s'appuie sur le MOHOST, un outil de mesure du MOH. Pour répondre à l'hypothèse de recherche, cinq entretiens semis-directifs ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes utilisant le MOHOST et d'ergothérapeutes exerçant en oncologie. Le but étant de récolter des données qualitatives pour effectuer une analyse thématique des retranscriptions. Les résultats ont montré que l'utilisation du MOHOST favorise la participation occupationnelle des patientes, par le biais d'une prise de conscience de leurs difficultés. De plus, les patients ayant pratiqué le MOHOST sont plus investis dans leur accompagnement en ergothérapie. Néanmoins, cet écrit met en valeur la pratique ergothérapique en développement dans le domaine de l'oncologie.

**Mots clefs :** Ergothérapie - Cancer du sein - Phase post-opératoire - Participation occupationnelle - Modèle de l'occupation humaine (MOH)

**Women with breast cancer:**

**Their occupational changes in Occupational Therapy**

**Abstract:**

Breast cancer is a multifactorial disease in which breast cells grow uncontrollably. This disease leads to significant changes in women's occupations. Thus, they experience a decrease in their occupational participation, especially in the post-operative phase. The purpose of this study is to ascertain how Occupational Therapists (OTs) can promote occupational participation in this population. The study was based on the MOHOST, an assessment tool of the MOHO. To address the research hypothesis, five semi-structured interviews were conducted with OTs using the MOHOST and OTs working in oncology. The aim was to collect qualitative data to perform a content analysis of the transcripts. The findings showed that the use of the MOHOST promotes the occupational participation of patients, through awareness of their difficulties. Moreover, patients who have implemented MOHOST are more involved in their occupational therapy support. Notwithstanding, this dissertation highlights the developing practice in occupational therapy the field of oncology.

**Keywords:** Occupational therapy – Breast cancer – Postoperative phase - Occupational participation – Model of Human Occupation (MOHO)