

Institut de formation en ergothérapie
-Créteil-

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE D'ERGOTHERAPIE

« L'ergothérapie et son rôle dans la participation
occupationnelle de la personne âgée ayant un
cancer »

Mémoire d'initiation à la recherche au diplôme d'état d'ergothérapie

RACON Camille

MAI 2024

Promotion 2021-2024

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné (e), * RACON CAMILLE étudiant(e) en 3^{ème} année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 27.05.2024

Signature :

*NOM, Prénom



Note aux lecteurs :

Note aux lecteurs : ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de formation concerné

Remerciement

Je remercie toutes les personnes qui m'ont aidé et ont contribué à l'élaboration, et à la rédaction de ce mémoire.

Je tiens tout d'abord à adresser un grand remerciement à ma tutrice de mémoire, Madame Marguerite PAULHET, qui m'a aidé, orienté et encadré durant toute l'élaboration de cette initiation à la recherche.

Je remercie Madame CHENE qui m'a encouragé, aider et soutenu durant la rédaction de ce mémoire.

Mes remerciements vont également à tous les professionnels paramédicaux qui ont accepté de participer à mon enquête. J'exprime envers vous ma gratitude pour tous vos partages expériences et vos témoignages sans lesquels ce travail de recherche n'aurait pu aboutir.

Enfin, je tiens à remercier ma famille et mes amis pour leur soutien et motivation tout au long de ma scolarité et de ma scolarité.

Vous qui m'avez aidé, je vous remercie d'avoir contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

Glossaire

ALD : Affection longue durée

APA : Activité physique adaptée

AVQ : Activité de la vie quotidienne

D.E : Diplômée d'état

EGS : Evaluation gériatrique standardisé

EHPA : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMPS : équipes mobiles des soins palliatifs

HAD : Hospitalisation à domicile

HDJ : Hôpital de jour

M2A : Maison des aînées et des aidants

MOH : Modèle de occupation humaine

MOHOST: Model of human occupation screening tool

PPS : Programme personnalisé de soins

QV : Qualité de vie

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

SMR : Soins médicaux et de réadaptation

SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

UGA : Unité de médecine gériatrique aiguë

UPCOG : Unité de coordination en oncogériatrie

USLD : Unité de soins de longue durée

Table des matières

Note aux lecteurs	4
Remerciement	5
Glossaire	6
Introduction	1
Cadre exploratoire	2
1. Le cancer	2
1.1. La définition	2
1.2. La santé publique	2
1.3. Les types de cancers	3
1.4. Les différents stades d'un cancer	4
2. La prise en soin du cancer	5
2.1. Le parcours de soins	5
2.2. Les structures de soins	6
2.3. Les impacts de la maladie	7
2.4. Les professionnels de santé	9
3. L'ergothérapie	9
3.1. La définition	9
3.2. L'ergothérapie en oncologie gériatrique	10
Problématique	14
Cadre conceptuel	15
1. Les concepts	15
1.1. La participation occupationnelle	15
1.2. Le soutien social	16
1.3. La volition	17
2. La définition du modèle conceptuel	18
2.1. ÊTRE	19
2.2. AGIR	20
2.3. ENVIRONNEMENT	20
2.4. DEVENIR	21
3. L'application du modèle conceptuel en regard de la problématique	21
Hypothèse	23
Partie expérimentale	24
1. Les objectifs de l'enquête	24
2. La population ciblée	25
2.1. Les critères d'inclusion	26

2.2.	Les critères de non-inclusion	26
2.3.	Les critères d'exclusion	27
3.	L'outil d'investigation	27
4.	La démarche de recrutement	28
5.	Les participants aux entretiens	29
6.	Les retranscriptions des entretiens	29
Résultat.....		30
1.	Profils des participants	30
2.	L'accompagnement thérapeutique en oncogériatrie	31
2.1.	Les points de vue des professionnels sur l'accompagnement en oncogériatrie	31
2.2.	Les caractéristiques des patients oncogériatriques.....	32
2.3.	Les différents types d'accompagnements thérapeutiques.....	33
2.4.	L'organisation pluridisciplinaire	34
2.5.	La collaboration infirmier et ergothérapeute	35
3.	Les impacts de la sollicitation du soutien social.....	36
3.1.	L'identification du soutien social	36
3.2.	Les impacts positifs.....	36
3.3.	Les impacts négatifs.....	37
4.	Facteurs facilitants et obstacles à la stimulation des éléments de volitions	39
4.1.	Les moyens d'accès aux éléments de volitions.....	39
4.2.	Les facteurs facilitants.....	40
4.3.	Les facteurs obstacles	42
6.	Défis et réussites des ateliers de groupe dans un service oncogériatrique	43
6.1.	Les prérequis des ateliers de groupes	43
6.2.	Les bénéfices du groupes.....	44
6.3.	Les difficultés liées à la mise en place des ateliers de groupe.....	45
7.	Analyse des réponses ouvertes	46
7.1.	Les ateliers de groupe.....	46
7.2.	Les séances individuelles	47
Discussion		48
1.	L'accompagnement thérapeutique en faveur de la participation occupationnelle des patients onco gériatriques.....	48
2.	Les impacts et l'utilité de la sphère sociale	50
3.	L'utilisation du groupe auprès des patients oncogériatriques	51
4.	Rétrospective à la recherche	53
4.1.	Limites de la recherche.....	53

4.2. Biais cognitifs	54
4.3. Apport de la recherche	54
Conclusion	56
Bibliographie.....	1
Table des annexes.....	I
Annexe 1- Flyer de recrutement.....	II
Annexe 2- guide d'entretien	III
Annexe 3- grille d'entretien	IV
Annexe 4- organisation du temps de soins en oncologie dans les SMR.....	V
Annexe 5- Retranscription entretien	VI
Annexe 6- abstract et résumé	XIX

Introduction

Il y a des années, lorsque ma voisine a reçu le diagnostic du cancer, sa vie a pris un tournant. Dans les temps qui ont suivi les traitements, elle a rapidement ressenti des difficultés à conserver sa routine de vie. Étant jeune au moment où cette situation est survenue, je n'avais pas conscience de l'invalidité que représentait cette maladie.

Avec la réalisation de mes stages en ergothérapie, j'ai constaté un nombre important de personnes ayant des antécédents de cancers. C'est ainsi que j'ai compris l'impact du cancer sur la population française et en particulier les personnes âgées.

Néanmoins, je réalisais à la fois que la raison de leur prise en charge était étonnamment orientée vers les troubles associés aux dépens du cancer. Présentant de nombreuses limitations impactant leurs niveaux de qualité de vie. Les personnes atteintes de cancer avaient très peu souvent recours à la rééducation en ergothérapie. Intriguée par ce constat, je me suis questionnée sur l'implication de l'ergothérapeute dans l'accompagnement du parcours de soins d'une personne atteinte de cancer.

C'est donc plein de curiosité, que j'ai entrepris des recherches sur la démarche thérapeutique menées par l'ergothérapeute dans la prise en soin du cancer. Pour répondre à mes questions, je me suis orientée vers l'hôpital de la Pitié Salpêtrière qui est spécialisé dans les soins pour le cancer. Dans un premier service d'oncologie aiguë, les infirmières présentes m'ont expliqué que l'ergothérapeute avait une place ponctuelle dans leurs équipes, qui concernait principalement le positionnement des patients. Par la suite, j'ai été orienté vers un service de gériatrie qui travaille avec les patients oncologiques. L'équipe d'ergothérapeutes a pu m'apporter des informations sur le type de prise en charge réalisé avec cette population. En effet, les ergothérapeutes m'expliquent que l'accompagnement est principalement axé sur les objectifs du patient et la rééducation des limitations fonctionnelles, occupationnelles liées aux effets secondaires comme les troubles cognitifs.

En accord avec mes observations durant mes stages, la pré-enquête réalisée auprès des ergothérapeutes du service d'oncogériatrie a apporté des éléments de réponse confortant la place de l'ergothérapeute dans la prise en charge des patients oncogériatriques.

Cadre exploratoire

1. Le cancer

1.1. La définition

À la suite de la théorie de Gendron¹ au XVII^e siècle, la définition du cancer se précise : « *Des cellules anormales se développent de manière incontrôlée et se répandent au-delà de leurs limites habituelles pour envahir des régions voisines du corps et/ou se propager à d'autres organes.* » (OMS, n.d.). À la suite d'une mutation cellulaire, les cellules se multiplient et se regroupent entre elles pour former une tumeur. Sous l'aspect d'une masse, la tumeur peut être amenée à suivre le phénomène de métastase, connu pour l'action de prolifération au reste des cellules saines du corps. (Fondation contre le cancer, n.d.)

Le cancer est une pathologie dont les différents facteurs de risques « *Le tabagisme, la consommation d'alcool, une mauvaise alimentation, un manque d'activité physique et la pollution de l'air sont autant de facteurs de risque de cancer* » (OMS, 2018) ainsi que l'âge grandissant, et l'exposition aux agents chimiques exposent l'ensemble de la population à des altérations génétiques.

Considérée comme une affection grave, elle est reconnue comme une affection longue durée (ALD) par l'assurance maladie. Le parcours de soins souvent mal connu de la population française, fait du cancer, est une pathologie redoutée. Généralement précédé du fort taux de mortalité qu'il engendre, le cancer est fréquemment associé à la fin de vie. « *En France, ils représentent la première cause de mortalité chez l'homme et la deuxième chez la femme en 2013* » (Santé publique France, 2017, pp. 222–226) Toutefois, le cancer se soigne de mieux en mieux avec les années sous l'effet des avancées médicales, technologiques et de l'efficacité de la prise en charge. « *Cette évolution s'explique par l'amélioration des traitements et par l'effet combiné de la diminution d'incidence des cancers de mauvais pronostic.* » (Santé publique France, 2017, pp. 222–226)

1.2. La santé publique

Le cancer représente depuis quelques décennies un enjeu majeur de santé publique en France (Trillet-Lenoir, 2023) justifié par l'incidence des cancers sur la population mondiale, « *19,3 millions de nouveaux cas de cancers ont été diagnostiqués* » (ONU, 2020). Ainsi, que par les répercussions de cette affection sur l'état de santé des individus. Des recherches, des statistiques menées en France prouvent

¹ Claude Gendron était un médecin français qui a contribué à la compréhension du cancer

les conséquences mortelles du cancer sur la population. « *Les cancers représentent en France la première cause de décès chez l'homme et la deuxième chez la femme* » (santé publique france, 2023).

Au-delà des atteintes vitales, le cancer nuit à la vie des personnes malades et à leurs qualités de vie et de santé. Les impacts peuvent ainsi solliciter le plan économique, social, physique et mental. (Rivière, 2018)

Face à ce nombre de nouveaux cas en constante augmentation au fil des années, la France met en place des actions politiques en santé. En 2003, débutent les « *Plan Cancer*² », qui permettent la lutte contre le cancer en mettant en œuvre de nombreuses ressources. (Institut national du cancer, 2021) Ainsi, les différentes campagnes « *Plan Cancer* » ont permis d'améliorer la prévention, l'optimisation des traitements et le soutien des personnes atteintes du cancer.

1.3. Les types de cancers

La dénomination du mot cancer est une appellation simplifiée, qui regroupe un nombre important de cancers dont la structure lésée diffère (OMS, 2018). Ainsi, les cancers sont répartis et classés en fonction de leurs caractéristiques communes.

❖ Les cancers solides

Ce type de cancer s'attaque aux tissus du corps. Ils représentent 90 % des atteintes, soit une partie conséquente des types de cancer. (Fondation contre le Cancer, n.d.). On retrouve ainsi deux types de cancers solides.

- Les tumeurs carcinomes comme le cancer du sein, le cancer de la prostate, le cancer de l'utérus et bien d'autres.
- Les tumeurs de type sarcome causent des cancers des os, représentant peu de pourcentage des cas en France. (Elsan care, n.d.)

❖ Les cancers hématologiques

Parfois appelé cancer liquide, cette appellation comprend à son tour deux types de cancers.

- La leucémie correspond à des tumeurs des globules blancs dans le sang.
- Les lymphomes font partie des cancers attaquant le système lymphatique. (Fondation contre le Cancer, n.d.)

² Les Plans Cancer sont des mesures pour lutter contre le cancer instauré en France.

1.4. Les différents stades d'un cancer

Considéré comme une pathologie évolutive sur le temps et au sein de l'organisme, des études ont contribué à l'élaboration d'une échelle en cinq stades d'évolution (Institut national du cancer, n.d.). La stadification du cancer est une étape essentielle permettant la définition du niveau de sévérité, d'évolution, mais aussi d'expansion de la tumeur ou des cellules cancéreuses d'un individu.

❖ Stade 0 (carcinome in situ)

Le cancer est présent seulement à la surface des cellules, il correspond à un stade précoce.

❖ Stade I

Le cancer est présent à l'intérieur de la cellule et localisé. La taille de la tumeur est généralement petite.

❖ Stade II

Le cancer continue de se développer et peut s'étendre aux tissus voisins. La taille de la tumeur est souvent plus grande qu'au stade I.

❖ Stade III

Le cancer s'est propagé à des ganglions lymphatiques et peut aussi s'étendre à plus de structures. La taille de la tumeur est significative et le cancer est plus avancé localement.

❖ Stade IV

Le cancer s'est étendu à des organes distants, formant des métastases. C'est le stade le plus avancé du cancer.

2. La prise en soin du cancer

2.1. Le parcours de soins

Organisé en 4 étapes clés, le parcours de soins curatif des personnes atteintes de cancer tend vers une organisation et une coordination des actions thérapeutiques (e-cancer, n.d).

❖ **Diagnostic**

L'étape du diagnostic de la tumeur, fait suite à la détection d'une anomalie lors de consultations de contrôle par les différentes campagnes de dépistage, ou les visites médicales de routine (Ameli, 2023).

Le patient est donc amené à suivre plusieurs consultations auprès de professionnels tels que : un médecin généraliste, un médecin nucléaire, un gynécologue, un anatomopathologiste. (santé.fr, 2015) Mais aussi de réaliser divers bilans, dont des IRM, mammographies, PETscan, et des biopsies. (CHU-Lyon, 2021). C'est à la suite de leurs expertises et des tests que la nature et le stade du cancer seront établis.

❖ **Annonce**

L'étape de l'annonce est la période pendant laquelle la personne reçoit les résultats et l'interprétation du médecin de ses bilans. Durant ces consultations avec l'infirmière et le médecin, le patient reçoit des explications face à sa pathologie, des réponses à ses questions. Le sujet de la poursuite des soins est aussi abordé durant ses échanges. (Negri & Baas, 2014a)

❖ **Choix du traitement**

Avant d'entamer les soins de la maladie, les professionnels se regroupent pour réaliser une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) qui permet de choisir le meilleur traitement par rapport à la personne. Ensuite la décision est communiquée au patient en lui expliquant les avantages du traitement envisagé. L'issue de la RCP et du choix du patient d'accepter ou non le traitement doit figurer dans le dossier médical et dans le programme personnalisé de soins (PPS). (HAS, 2017)

Les traitements curatifs

Afin d'assurer un soin efficace à la guérison des cellules cancéreuses. Plusieurs traitements sont envisageables comme la radiothérapie, la chimiothérapie, la chirurgie, l'hormonothérapie, les traitements ciblés. (Vidal, 2023)

Les traitements de support

En parallèle des traitements curatifs, les patients bénéficient de soins de support. Les soins de support sont « *l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves* » (AFSOS, n.d.). Ainsi, ils permettent d'agir sur les effets secondaires de la maladie et des traitements afin d'optimiser sa santé (ONCORIF, 2018). Les répercussions de la maladie sur les patients peuvent être variées, c'est pourquoi les soins de support incluent une variété de professionnels, dont les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, l'éducateur APA, le sexologue, la socio-esthéticienne, le nutritionniste... (La ligue contre le cancer, 2021).

❖ **La rémission**

L'étape de la rémission fait suite aux traitements, caractérisée par la diminution ou la disparition de la tumeur. La rémission ne marque pas la fin des soins. Souvent moins intense qu'en phases de traitement curatif, les équipes pluriprofessionnelles continuent les soins et passent régulièrement réaliser des bilans pour détecter tout signe de rechute ou de guérison. (voix des patients, 2020)

2.2. Les structures de soins

Afin de permettre une meilleure adhésion et une continuité des soins tout au long des traitements et de la prise en charge, plusieurs structures sont spécialisées dans l'accueil des personnes atteintes de cancer.

Dans les périodes qui suivent l'administration des traitements curatifs, des structures spécialisées comme les hôpitaux, les SMR, les unités de soins palliatifs, les HDJ, les HAD, les SSIAD, SPASAD sont aptes à recevoir cette patientèle. (Institut national du cancer, 2019) (Le Bihan-Benjamin et al., 2015)

Pour les personnes âgées et plus fragiles, des structures et organisations sont dédiées à leurs accueils durant toute la période de la prise en soins. On retrouve ainsi les unités de coordination en oncogériatrie, les foyers logements, les Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les unités de soins de longue durée (USLD) et les équipes mobiles des soins palliatifs hospitaliers (EMSP) (Bourrellis & Marie-Christine Bazerolles, 2012).

2.3. Les impacts de la maladie

Les effets secondaires à la suite des traitements curatifs du cancer sont une partie néfaste de la prise en charge de la maladie. Les répercussions du traitement sur l'état de santé d'une personne sont des altérations répandues en oncologie : « *Entre 60 et 90 % des patients en souffrent, parfois plusieurs mois après la fin des traitements.* » (Fondation contre le cancer, n.d.-b).

Toutefois, les réactions aux traitements ne sont pas les mêmes pour tous. En effet, leur apparition dépend en grande partie des caractéristiques de la personne (hygiène de vie, conditions de santé, maladie associée) et de la réaction du corps aux différents types de traitement (Moriceau & Weber, 2007).

De plus, les répercussions du traitement ne sont pas systématiquement présentes aux suites de l'admission des traitements. Ainsi, la manifestation des signes peut varier des jours suivant la prise du traitement à l'apparition sur le long terme. Indépendant du ressort médical, les répercussions peuvent disparaître avec le temps ou se pérenniser et devenir chroniques. (Joly, Ahmed-Lecheheb, Thierry-Vuillemin, Orillard, & Coquan, 2019)

Ainsi, les patients vont être exposés à diverses atteintes dont :

- Gastro entéritique : nausée, diarrhée, vomissement. (Davin, Ducrotté, & Houédé, 2015)
- Cognitif : mémoire, concentration, fonction exécutive. (Pergolotti, Williams, Campbell, Munoz, & Muss, 2016)
- Capillaire : alopécie. (Humbert, 2009)
- Immunitaire : neutropénie, anémie, thrombocytopénie. (Tioti, Clément-Duchêne, & Martinet, 2015)
- Sensitif : paresthésies, neuropathie périphérique. (Joly, Ahmed-Lecheheb, Thierry-Vuillemin, Orillard, & Coquan, 2019)
- Fonctionnelle : douleur, fatigue, limitation de la fonction du bras et de l'épaule. (INCa, 2016)
- Cutanée : rougeur, lymphœdème. (Goetz, 2018)

❖ Récidive

Dans certains cas, le cancer peut survenir à la suite des traitements. Il réapparaît et parfois même se propage à d'autres parties du corps. (Institut national du cancer, 2019) Les risques de faire une

récidive d'un cancer exerce une pression mentale (une apparition de la dépression et d'anxiété) sur la personne atteinte du cancer (Bunger & Suchocka-Capitano, 2010).

❖ Les répercussions occupationnelles

Du fait des altérations des capacités motrices, cognitives, fonctionnelles du cancer, la relation aux habitudes de vie évolue : « *comment les problèmes spécifiques au cancer, tels que la fatigue, la cognition, la douleur et la neuropathie périphérique, peuvent affecter les changements dans l'état fonctionnel et les routines quotidiennes* » (traduction libre) (Pergolotti, Williams, Campbell, Munoz, & Muss, 2016) (P. Calmels et al., 2010)

Sur les activités de la productivité, nombreuses sont les personnes atteintes de cancer qui subissent un changement ou des ruptures dans leur parcours professionnel, principalement liées aux effets néfastes du cancer et ses traitements « un changement d'emploi ou d'employeur, une réduction du temps de travail, le chômage et la retraite anticipée sont, aujourd'hui, des transformations couramment vécues par les survivants au cancer dans leur parcours professionnel. » (Eichenbaum-Voline, Malavolti, Paraponaris, & Ventelou, 2008).

En ce qui concerne les loisirs, les activités qui avaient autrefois du sens sont mises en arrière-plan face au manque de soutien de son entourage dans cette phase de sa vie (Catherine M. Alfano & PhD, 2014). La personne malade peut ainsi s'isoler et délaisser les activités de plaisir, de loisirs. « *Les survivants du cancer peuvent avoir moins d'occasions de s'adonner à des loisirs.* » (Thomas et al., 2015)

Pour les activités de soins personnels, les personnes atteintes de cancer sont exposées à des limitations. En particulier, sur les déplacements à la marche qui sont entravés par des risques de chutes régulières, ainsi que dans les activités du quotidien tel que « *s'habiller, se laver et manger* ». (Anderson et al., 2022)

Par ailleurs, les personnes âgées atteintes de cancer peuvent rencontrer des difficultés à retrouver une place dans l'organisation du quotidien, dans ses rôles sociaux, ou encore dans la réalisation de ses activités significatives. « *Le patient peut présenter des difficultés à se réinscrire dans le quotidien, dans ses responsabilités et investissements antérieurs, à retrouver sa place dans ses relations personnelles, la dynamique et les projets familiaux, les rôles parentaux et conjugaux* » (S. Dauchy (Villejuif), 2013). Toutefois, les limitations se répercutent aussi sur l'interaction de la personne âgée avec son entourage social, qui tend vers un isolement et un sentiment de solitude. « *Avec l'âge, les personnes âgées voient leur structure de soutien social réduite en raison d'événements de la vie, comme le veuvage et la retraite. Cela conduit à son tour à l'isolement et à la solitude, ce qui peut exacerber leur réponse émotionnelle au cancer.* » (traduction libre) (Kadambi et al., 2019)

2.4. Les professionnels de santé

Pour pallier aux diverses problématiques qu'une personne atteinte de cancer rencontre, une large équipe médicale et paramédicale travaille en coordination. Dans le but d'assurer la prise en charge complète de celui-ci.

La composition de l'équipe pluridisciplinaire varie entre les structures. Toutefois, certains professionnels comme l'oncologue, le chirurgien, l'infirmier, la psychologue, le diététicien, le référent douleur et l'assistante sociale sont des membres permanents de l'équipe de soin (ch-antibes, n.d.). En effet, leurs présences au sein de l'équipe pluridisciplinaire est indispensable, car ils encadrent les principaux soins de support liés à « *la prise en charge de la douleur, de la diététique, psychologique, sociale, familiale et professionnelle* ». (ONCORIF, 2018)

Cependant, d'autres professionnels participent aussi aux soins de support, et aux décisions médicales. En effet, le kinésithérapeute, l'APA, les ergothérapeutes, la socio esthéticienne, le sexologue, peuvent être sollicités dans la gestion de situations particulières (fondation arc, 2023). Ainsi, des soins complémentaires tels que « L'activité physique adaptée, les conseils d'hygiène de vie, le soutien psychologique des proches et aidants, le soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité, la prise en charge des troubles de la sexualité » sont proposées aux patients. (ONCORIF, 2018)

3. L'ergothérapie

3.1. La définition

La pratique de l'ergothérapie repose sur une approche centrée sur la personne et son interaction entre son environnement et ses activités. Notre intervention a pour objectif de favoriser le niveau d'indépendance et d'autonomie de la personne dans la réalisation des activités du quotidien. (ANFE. n.d.)

L'ergothérapie s'inscrit dans le quotidien des usagers en prenant en compte ses différentes capacités de santé : sociale, physique, mentale.

L'ergothérapie permet d'utiliser les occupations du quotidien de l'individu comme agent thérapeutique et comme objectif thérapeutique. Le tout dans le but de satisfaire et d'optimiser la participation dans les activités significatives, et ainsi tendre vers un état de bien-être complet.

3.2.L'ergothérapie en oncologie gériatrique

L'offre d'un service adapté aux particularités des patients onco gériatriques commence à prendre une ampleur gouvernementale plus importante avec les années « *L'oncologie gériatrique est une discipline médicale émergente dont le développement est généré par l'évolution démographique de notre société* ». ("Oncogériatrie," 2015). La création de ces services et de structures dédiées, comme les UPCOG (Inca, n.d.), permettent d'accompagner du mieux possible les patients en constituant une équipe pluridisciplinaire conséquente. Dans quelques structures comme le soin aigu, l'ergothérapeute y trouve une place. Cependant, sa participation au parcours de soins n'est pas systématique, bien que la pratique se soit avérée bénéfique pour les patients. (Buckland & Mackenzie, 2017) (Neo, Fettes, Gao, Higginson, & Maddocks, 2017)

Le manque d'écrit impliquant les patients en oncogériatrie, et l'implication de l'ergothérapie ne permet pas au plus grand nombre de personnes d'avoir recours à ce type de soins. (Galvin et al., 2022). Ce qui répond d'une sous-utilisation de l'ergothérapie dans les soins proposés aux patients (Wallis, Meredith, & Stanley, 2020b). Alors que sa contribution au soin de support, porte sur l'amélioration de l'autonomie et la participation face aux problèmes occupationnels causés par les répercussions de la maladie, et des traitements sur la vie du patient (Pergolotti, Deal, Lavery, Reeve, & Muss, 2015a). Grâce à l'approche holistique de l'ergothérapeute, il est en capacité d'adapter la prise en charge en fonction des maladies associées, des syndromes gériatriques et des répercussions du cancer que peut présenter le patient, tout en respectant le projet commun thérapeutique et les demandes personnelles (Paillaud, Caillet, Conti, & Mebarki, 2022). L'ergothérapeute est donc en aptitude d'intervenir sur des besoins tels que : la compensation matérielle, l'éducation gestion de la fatigue, le réentraînement à l'effort (Welford, Rafferty, Short, Dewhurst, & Greystoke, 2023)

❖ Particularité de la population onco gériatrique

La population âgée de plus de 65 ans, représente près de 20,5 % de la population française. En constante croissance, les personnes âgées ne se ressemblent pas (Besbes, Betti, & Tronyo, 2020). En effet, le processus de vieillissement est complexe et hétérogène. Le public ne présente pas les mêmes problématiques de santé en fonction de ses maladies associées, des syndromes gériatriques et des niveaux fonctionnels (Paillaud, Caillet, Conti, & Mebarki, 2022).

Ainsi, 38% des patients rencontrés, peuvent présenter de nombreux signes des syndromes gériatriques « *les chutes, l'incontinence, la présence de multiples comorbidités, le déficit cognitif, le déclin fonctionnel, la malnutrition ou encore la dépression* » (Galvin et al., 2022), des pathologies

cardiaques ou des impacts liés au cancer comme « *la douleur, du lymphœdème, de la neuropathie, de la fatigue chronique* » (Pergolotti et al., 2019).

En dehors de toute pathologie, le vieillissement s'accompagne de modification des capacités physiques, cognitives et environnementales. Entraînant des répercussions sur le niveau d'indépendance et d'autonomie plus ou moins important sur les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales de la vie quotidienne. (Colvez, A, 2014)

Toutefois, l'oncologie gériatrique allie les répercussions de chacun de ces événements de la vie. Ainsi, la personne âgée atteinte de cancer est davantage exposée à une diminution de la qualité de vie qui peut survenir à tout moment du parcours de soins. « *Les patients atteints de cancer, avant, pendant et après le traitement, éprouvent invariablement des symptômes physiques en raison de la maladie et de sa prise en charge, de la détresse psychologique, une déficience fonctionnelle et une diminution de la qualité de vie (QV)* » (traduction libre) (Chowdhury, Brennan, & Gardiner, 2020). En effet, nombreux des patients signalent une gêne, ou une incapacité à réaliser leurs occupations de transferts, de mobilités, de toilette, d'habillage, de cuisine, ou encore l'ascension des escaliers (Bentley, Hussain, Maddocks, & Wilcock, 2012).

En plus des limitations physiques auxquelles sont exposées les personnes âgées, les limitations liées à la dimension sociale peuvent se traduire par un isolement. Associée au diagnostic d'un cancer, cette diminution sociale impacte le parcours de vie et en particulier sur l'espérance de vie (Albert Wettsteina, Daniela Dyntarb, Max Kälin, 2014). En effet, l'entourage social, d'une personne âgée atteinte de cancer, influence la qualité de l'interaction, avec le soignant et la prise de conscience de son état de santé et donc l'adhésion aux traitements (Yoo, Levine, Aviv, Ewing, & Au, 2010). Grandement sensible au soutien social, le patient âgé place en son entourage sa motivation pour atteindre ses objectifs. « *La qualité de la vie de la personne âgée dépend donc de la façon dont elle est considérée, aidée par ses proches (son conjoint, son entourage), de ses relations avec les autres, de sa sociabilité* » (Tubiana, 2002).

❖ Prise en charge oncogériatrique en ergothérapie

La prise en charge en ergothérapie du patient oncogériatrique peut survenir à tous les moments du parcours de soins. En effet, les ergothérapeutes sont principalement sollicités lorsque le patient fait face à des limitations occupationnelles. Ainsi, la prise en charge varie d'une personne à une autre.

Néanmoins, sa contribution au parcours thérapeutique peut débuter en amont des traitements curatifs du cancer. Dès la phase de pré-habilitation, aussi connue sous le nom de réadaptation préventive, « *La pré-habilitation se réfère à toute intervention délivrée avant la chirurgie qui optimise*

la fonction en augmentant les réserves physiologiques et/ou réduit potentiellement le risque postopératoire, permettant une récupération plus rapide ou plus complète. » (Molliex, Lanoiselée, & Charier, 2021).

L'ergothérapeute intervient de manière précoce afin d'optimiser les capacités du patient avant son opération. (Chowdhury, Brennan, & Gardiner, 2020). Assujetti aux demandes du médecin, l'ergothérapeute peut contribuer à la réalisation de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS). (Molliex, Lanoiselée, & Charier, 2021). Il y effectue des actions rééducatives et réadaptatives pour améliorer les fonctions motrices, psychosociales, la performance dans les activités de la vie quotidienne ainsi que de la prévention face au risque de perte d'autonomie et de dépendance. (AVQ) (Chowdhury, Brennan, & Gardiner, 2020)

Son action au sein de la phase curative est caractérisée par ses soins à visé de récupération fonctionnelle. Compte tenu de ces compétences, l'ergothérapeute est en phase de réaliser les tests spécifiques afin d'évaluer l'autonomie fonctionnelle du patient (Moriceau & Weber, 2007). Les résultats souvent hétérogènes entre les patients laissent à l'ergothérapeute une liberté d'action en fonction de la structure : équipe mobile, hôpital de jours, hospitalisation complète ou lieux de vie. (DUPUYDUPIN, 2021) (Stefanacci, 2022b). Son approche holistique des patients onco gériatriques permet aux ergothérapeutes d'étendre leurs approches à l'accessibilité de l'environnement, la gestion de la fatigue, le soutien psychologique face aux préoccupations, et la rééducation fonctionnelle, afin d'améliorer l'autonomie sur leurs problématiques spécifiques actuelles et à venir (Colombat, 2009) (Bentley, Hussain, Maddocks, & Wilcock, 2012).

En dehors de la phase curative, l'ergothérapeute est amené à poursuivre un accompagnement en phase de rémission (Taplin et al., 2012). L'étape de l'après cancer s'apparente à une phase de transition, dans laquelle le patient a pour enjeux de se réapproprier son corps et les activités du quotidien. (Masson, 2013) (Tourette-Turgis, 2017). Une étape qu'accompagne l'ergothérapeute par de la réadaptation physique et psychosociale pour favoriser l'engagement dans les activités de la vie quotidienne et le maintien des capacités fonctionnelles permettant l'indépendance. (Buckland & Mackenzie, 2017).

A l'inverse de la phase curative, l'échec ou l'arrêt des traitements marque l'accompagnement de l'ergothérapeute par les soins palliatifs. Répandue en oncologie gériatrique, l'approche de l'ergothérapeute permet l'amélioration de la qualité de vie des patients, mais aussi de leur entourage (Raznatovska, Kanyhina, Shalmin, & Fedorec, 2023). Son intervention permet de limiter l'aggravation de l'état de santé et de prévenir des complications jusqu'au temps de la fin de vie (Chowdhury, Brennan, & Gardiner, 2020). Ainsi, dans un grand nombre de cas, le professionnel préconise des aides matérielles

qui visent à pallier aux difficultés existantes pouvant s'exacerber dans le temps. Il a aussi recours à des soins de confort, de positionnement, et de l'éducation aux aidants. (Eva Ejlersen Wæhrens et al., 2023)

Problématique

En France, comme dans le reste du monde, la prise en charge du cancer connaît un essor depuis quelques années. Les avancées sont grandes et requièrent la participation de plus grands nombres d'acteurs. Pour cette cause, les ergothérapeutes y contribuent. Ils mettent à profit leurs compétences pour accompagner le patient et son entourage. Encore peu répandues dans les structures d'oncologie, les ergothérapeutes participent aux soins de rééducations, de réadaptations selon les structures.

C'est ainsi que j'identifie comme questionnement fondamental de ma recherche,

« De quelle manière, l'ergothérapeute peut-il favoriser la participation occupationnelle de la personne âgée ayant un cancer ? »

Cadre conceptuel

1. Les concepts

A la quête de réponse à ce questionnement central, j'interroge la prise en charge globale de la personne. Etant donné que le cancer s'accompagne de divers défis aux enjeux tant médicaux, psychosociaux, qu'occupationnels.

Dans la démarche professionnelle de l'ergothérapeute qui vise à améliorer la qualité de vie des patients du cancer âgés. L'introduction de concepts clés dans mes recherches est un moyen de guider le raisonnement de ma réflexion. Ainsi, à travers les concepts que sont : la participation occupationnelle, le soutien social et la volition, je définis des éléments tangibles pouvant affecter et influencer la prise en charge.

1.1. La participation occupationnelle

En reprenant les écrits scientifiques qui bornent la pratique de l'ergothérapie, le concept de participation occupationnelle est grandement cité. En effet, la participation occupationnelle se définit par « *l'engagement dans le travail, les loisirs, ou les activités de la vie quotidienne, au sein du contexte social* » (Taylor, 2017). Entre autres, la participation occupationnelle, représente un élan comprenant de nombreuses composantes qui permettent de varier ses activités et de maintenir un équilibre dans sa vie (Harel-Katz & Carmeli, 2019).

La personne âgée atteinte de cancer est exposée à une altération de sa participation occupationnelle. Menacé à la fois par les facteurs de vieillissement, le diagnostic de cancer peut apporter une limitation et des changements dans les habitudes de vie et dans les rôles sociaux. « *Par contre, ces effets secondaires, lorsqu'ils étaient présents, influençaient leur vie de façon négative en amenant une redéfinition des rôles* » (Gagnon, Utzschneider, & Doyon, 2018).

Dans la préparation aux changements qui font suite aux traitements. La prise en charge de la participation occupationnelle par l'ergothérapeute, peut essentiellement être un outil dans l'objectif général d'optimiser la qualité de vie. Comprendre le fonctionnement de l'individu permettrait de solliciter les éléments exerçant une influence sur l'engagement que prend la personne dans la réalisation de ses activités. (Soum-Pouyalet, Éric Sorita, & Belio, 2018b)

Par le travail de rééducation et de réadaptation, la participation occupationnelle peut être stimulée par le renforcement de la motivation du patient envers ses projets de vie. Toutefois la stimulation peut

se trouver en dehors de la motivation du patient et ainsi provenir de son l'environnement. Ainsi, en impliquant la dimension sociale du patient, il pourrait retrouver une participation occupationnelle durant le parcours de soins. (Vincent, Caillet, & Paillaud, 2011b)

Ainsi, pour la population des patients âgés atteints du cancer, la notion de participation occupationnelle est essentielle (Soum-Pouyalet, Éric Sorita, & Belio, 2018b). Elle fait le lien entre la vie de malade et la vie d'autrefois, c'est dans la participation occupationnelle que l'individu conserve un sens à son existence et à son utilité pour les autres.

1.2. Le soutien social

L'état de bien-être complet des patients âgés atteints de cancer est sensiblement touché. En effet, certaines personnes âgées sont éprouvées sur les plans physiques, psychologique et social, la réadaptation est une étape essentielle dans la prise en charge thérapeutique.

La pratique de l'ergothérapie s'appuie sur les activités et sur le lien complexe qu'elle entretient avec les composantes personnelles et environnementales. La pratique s'adapte en permanence en fonction des éléments auxquels la personne est confrontée.

Le soutien social se définit par « *un processus interactionnel ancré dans la relation qui se développe entre les individus* » (Namkoong et al., 2010) représente une part fondamentale de l'environnement d'une personne. Il correspond pour chacun à un espace de ressource psychologique qui aide dans les moments difficile du quotidien. La conceptualisation du soutien social, permet aux patients onco gériatriques de se livrer dans un cadre bienveillant sur leurs craintes et leurs questionnements. Dans une approche thérapeutique auprès de patients ayant le cancer, le soutien de son entourage permet aux individus de recevoir du réconfort face aux importants moments de doutes et de stress qui surviennent pendant toute la durée du parcours de soins (Namkoong et al., 2010). La provenance de ce soutien est large, il peut être de nature communautaire, amicale et familiale.

De plus, la nature du soutien se décline en cinq procédés.

- Le soutien informationnel, qui se résume à un partage des connaissances et d'informations.
- Le soutien émotionnel, consiste à apporter son empathie à la personne malade. Par ce biais, la personne peut recevoir du réconfort, et de l'affection de la part de son entourage.
- Le soutien d'estime, apporte une valorisation et une réassurance sur sa personne.
- Le soutien de réseau, permet aux personnes de se sentir intégrées à un réseau social, à un groupe d'individus qui partagent des valeurs ensemble.

- Le soutien instrumental, apporte une aide matérielle, qui permet à la personne de poursuivre la réalisation des activités du quotidien.

(Cherba et al., 2019) ; (Namkoong et al., 2010)

La richesse d'un soutien social auprès des patients âgés peut influencer positivement sa participation occupationnelle. En améliorant son bien-être émotionnel à travers les différents types de soutien et du temps passé ensemble à la réalisation d'activités. L'alliance thérapeutique entre le patient et l'ergothérapeute est améliorée et facilite le travail de la participation occupationnelle (Namkoong et al., 2010).

Ainsi, l'apport du soutien de l'entourage, est un concept clé qui est bénéfique à exploiter dans la prise en charge en ergothérapie. Puisqu'il s'appuie sur la constellation du patient pour en faire un allié, tant dans la promotion des adaptations du quotidien, que dans la stimulation de sa vitalité et sa résilience. Le soutien de l'entourage est donc un moyen indéfectible de motiver le patient à poursuivre l'ensemble des activités du quotidien. (Yoo et al., 2014)

1.3. La volition

La volition est une composante du fonctionnement de la personne. En effet, ce mot d'origine canadienne se définit par « *la motivation d'une personne à agir sur l'environnement* » (Marie-Chantal Morel-Bracq et al., 2017). La volition présente une force intérieure pour l'individu dans la réalisation de certaines activités et le dépassement face aux obstacles. Cette force intérieure prend son essence des caractéristiques psychologiques de la personne telles que ses valeurs, ses intérêts et ses déterminants personnels. (Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, n.d.)

Au même titre que les modifications physiques, le cancer apporte un lot de modifications psychologiques, dont la volition. (Broonen, 2012). À la suite de l'annonce de la maladie, nombreuses sont les personnes âgées qui ressentent un choc émotionnel. Ils peuvent ainsi faire face à des baisses de confiance en soi, d'estime de soi et des changements opérés dans l'environnement (Reich, 2009). Le patient âgé éprouve des difficultés à conserver une participation occupationnelle semblable au temps qui précédait le diagnostic (Adams et al., 2019).

La volition est donc un élément essentiel dans le bien-être psychologique des patients. Celui-ci permet alors de redonner un sentiment de contrôle sur les événements « *centrées sur l'initiation d'actions qui tracent la voie pour atteindre l'état final désiré* » (Broonen, Marty, Legout, Cedraschi, & Henrotin, 2011) Lui permettant d'être en phase avec ses valeurs, et ses intérêts et d'autant plus important qu'il participe au choix de ses traitements et à son parcours de soins.

C'est pourquoi la prise en compte de la volition par l'ergothérapeute est nécessaire, afin d'assurer l'adhérence du patient dans la prise en charge. L'identification des facteurs limitants permet au professionnel de s'adapter et dans quelques cas de participer à la modification de l'élément obstacle. En particulier sur les facteurs environnementaux, qui influencent sa participation occupationnelle comme l'encouragement promu par le soutien de l'entourage du patient. (Harel-Katz & Carmeli, 2019).

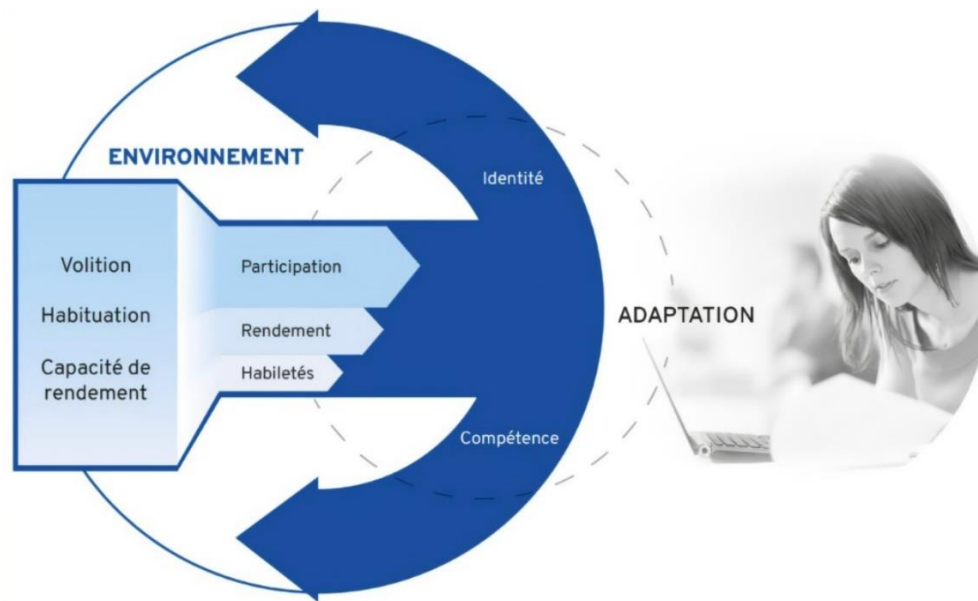
Le respect des éléments volitionnels est une étape fondamentale dans l'approche de l'ergothérapeute. L'adaptation de son intervention en stimulant sa motivation permet d'apporter une participation occupationnelle active dans la rééducation et la réadaptation, puisque la prise en charge s'accorde aux valeurs du patient. (Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, n.d.)

2. La définition du modèle conceptuel

Le modèle de l'occupation humaine (MOH) est un modèle conceptuel canadien spécifique à la pratique de l'ergothérapie. Créé en 1980 par Gary Kielhofner, il se démarque des autres modèles conceptuels en se consacrant à la compréhension de l'être humain et de son rapport avec l'occupation.

Fondé sur le postulat que l'être humain est un être occupationnel, il aborde une approche holistique de l'occupation en mettant en corrélation les éléments présents dans l'environnement, et les composantes de la personne « *la participation à des occupations est le résultat d'un processus dynamique d'interaction entre la motivation face à l'action, les habitudes et les rôles, les capacités et l'environnement* » (Marie-Chantal Morel-Bracq et al., 2017)

L'utilisation du modèle et de ses outils centrés sur le client, permet aux ergothérapeutes de s'intéresser aux impacts des occupations sur le bien-être des individus « *l'occupation est essentielle dans l'organisation de la personne* ». Il permet l'étude complète d'un individu à travers trois composantes : l'Etre, l'Agir et le Devenir, et son interaction avec l'environnement.



2.1.ÊTRE

ÊTRE, première composante du modèle, représente les fondements nécessaires à l'action de la personne dans les occupations. Ainsi, trois éléments fondamentaux définissent les caractéristiques propres d'un individu à un autre. (Marie-Chantal Morel-Bracq et al., 2017)

❖ La Volition :

La volition représente un ensemble d'éléments propres à la personne qui vont l'inciter à participer, et à s'engager dans ses activités significatives. Elle résulte de l'interaction entre les valeurs, les causalités personnelles et les intérêts.

- Les valeurs correspondent aux convictions d'une personne « *la signification et l'importance accordées aux occupations* ». (Pépin, 2006)
- Les causalités personnelles, sont « *l'appréciation de soi concernant ses capacités et son efficacité face à ses occupations* ». (Pépin, 2006)
- Les intérêts, représentent les attraits satisfaisants, les avantages que tire une personne à faire une activité précise.

Ainsi, l'utilisation des éléments de volitions par le thérapeute permet de susciter la participation engagée du patient tout au long de son parcours. Cette composante volitionnel permettra au thérapeute la personnalisation nécessaire de ses séances en fonction de ce qui lui suscite de l'intérêt, propice au dépassement personnel.

❖ L'Habituation :

Elle se définit par « *l'organisation et à l'intériorisation de comportements semi-automatiques s'exécutant dans un environnement familier* » (Marie-Chantal Morel-Bracq et al., 2017). C'est

l'ensemble des rôles sociaux et des habitudes de vie réalisées par un individu dans sa routine quotidienne. (Pépin, 2006)

- Les rôles sociaux, qui indiquent les comportements et attitudes à adopter par l'attribution d'un statut social.
- Les habitudes de vie, représentent les comportements automatiques lorsque l'on interagit dans un environnement connu.

❖ La capacité de performance :

Composante du corps à être en possibilité d'agir dans la réalisation d'une occupation. (Marie-Chantal Morel-Bracq et al., 2017). Elle comprend les capacités objectives à faire une occupation et les ressentis subjectifs à l'égard de celle-ci.

- Les capacités objectives, sont les aptitudes physiques, mentales observables et mesurables.
- Les expériences subjectives, représentent les sensations du corps vécues par l'individu.

2.2.AGIR

AGIR, secondes composantes du MOH, détermine la mise en œuvre des occupations. Il est organisé en trois niveaux d'actions, qui sont interdépendants dans l'achèvement des buts. (Marie-Chantal Morel-Bracq et al., 2017)

- La participation occupationnelle correspond au fait d'agir, de contribuer, à la réalisation des différentes activités du quotidien. Auprès des personnes âgées atteintes de cancer, cela correspond à la participation au sens large dans les activités de base de la vie quotidienne, mais aussi dans sa rééducation. Il se base sur l'implication du patient à faire des activités significatives.
- La performance occupationnelle, c'est la réalisation de l'ensemble des tâches comprises par l'occupation. Elle permet d'assurer la participation occupationnelle.
- Les habiletés sont les actions motrices, opératoires, de communication et d'interaction observables, orientées dans le but de faire une tâche de l'activité.

2.3.ENVIRONNEMENT

L'environnement, dans ce modèle est décrit comme influent sur les dimensions de l'ÊTRE et de l'AGIR. Il représente le contexte dans lequel l'individu évolue et se construit. En constante interaction, les éléments du modèle impactent la participation occupationnelle.

- La sphère physique reprend les structures et les composantes matérielles au service de l'occupation.
- La sphère sociale fait référence aux ressources humaines dont la personne bénéficie, qui contribuent à la poursuite des occupations et au bien-être social.

2.4.DEVENIR

DEVENIR est la dernière dimension du MOH, elle fait suite aux modifications des dimensions de la personne et de l'environnement. Le DEVENIR résulte de la capacité des personnes à s'adapter pour poursuivre leurs participations occupationnelles.

- L'identité occupationnelle, reflète la manière dont la personne projette et se perçoit dans sa participation occupationnelle.
- Compétence occupationnelle, les compétences occupationnelles sont entre autres les moyens et les actions mises en œuvre par la personne pour atteindre la routine d'occupation en accord avec son identité occupationnelle et ses valeurs. (Marie-Chantal Morel-Bracq et al., 2017)

3. L'application du modèle conceptuel en regard de la problématique

L'utilisation du modèle conceptuel du MOH, auprès de la population oncogériatrique est bénéfique. En effet, le MOH est un modèle de précision qui aide à l'analyse holistique et organisé du patient, et de ses vulnérabilités. Il permet de structurer l'approche centrée sur le patient et ses occupations du quotidien pour proposer les activités favorisant l'amélioration de la participation occupationnelle.

D'une part la composante de l'Être, met en avant les éléments fondamentaux de l'identité de la personne âgée atteintes de cancer. Par les éléments de volitions, le patient pourrait trouver un intérêt, des valeurs communes susceptible de lui donner envie de participer aux séances proposées par le thérapeute.

Ensuite la dimension de l'Agir, met en évidence l'interaction du patient envers ses occupations. Il permet au thérapeute de rétablir le niveau de participation dans les activités en replaçant l'occupation au centre de la vie du patient âgé.

De plus l'environnement, comprend des éléments de ressources dont les composantes sociales qui influencent la personne et ses actions. Il permet au soutien social l'opportunité d'influencer positivement le patient par son inclusion dans le parcours de soins.

Enfin le devenir, permettra au patient d'acquérir des compétences grâce aux actions et à l'accompagnement de l'ergothérapeute pour s'impliquer dans la réalisation de ses projets de vie et des activités qui lui sont significatives.

Hypothèse

Alors que nous faisons face à une sous-utilisation de l'ergothérapie dans la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer. Les ergothérapeutes prouvent avec le temps, leurs utilités dans la prise en charge pluriprofessionnelle. Des questions surgissent sur la spécificité de son accompagnement de la participation occupationnelle.

Ainsi, le questionnement qui conduit le cheminement de ma recherche est « De quelle manière, l'ergothérapeute peut-il favoriser la participation occupationnelle de la personne âgée ayant un cancer ? »

A la suite de quoi, j'établis mon hypothèse d'initiation à la recherche.

Les ateliers de groupe, dans l'accompagnement en ergothérapie permettent aux patients oncogériatriques de favoriser le support social et les éléments volitionnels afin d'encourager la participation occupationnelle.

Partie expérimentale

1. Les objectifs de l'enquête

La réalisation d'une enquête d'investigation auprès de profils particuliers et variés permettrait d'apporter des éléments de réponse à mon hypothèse. L'objectif général de l'enquête repose à savoir si la mise en place d'atelier de groupe pourrait être un levier dans la prise en charge des patients onco-gériatriques. La validation des objectifs, reposent principalement sur la référence aux critères d'évaluations par les informations obtenus des personnes interrogées.

Objectif 1 : Identifier les pratiques des ergothérapeutes dans l'accompagnement de la participation occupationnelle des patients onco-gériatriques d'ici la fin de l'entretien.

⇒ Critères d'évaluations : Travail en pluridisciplinarité, coordination des actes, centré sur le patient, en fonction des objectifs de vie de la personne, adhésion du patient au projet de soins, élaboration d'une relation thérapeutique, approche holistique.

Sous objectif : Rapporter les moyens mis en place par l'ergothérapeute pour la participation occupationnelle d'ici la fin de l'entretien.

⇒ Critères d'évaluations : Atelier de groupe, séance individuelle, favoriser le dialogue, l'intervention à domicile, restauration des capacités, augmenter l'autonomie, solliciter la volition, intervention de tierce du patient, soins de réadaptation, actes de réinsertion, activités de rééducation fonctionnelle, mise en situation, coordination de parcours.

Objectif 2 : Comprendre l'état global de santé des patients avec lesquels travail l'ergothérapeute d'ici la fin de l'entretien.

⇒ Critères d'évaluations : trouble cognitif, trouble sensoriel, trouble moteur, trouble digestif indépendant, dépendant, autonome, en baisse d'autonomie, défaut de l'estime de soi, une limitation fonctionnelle, isolement social, dépossession des rôles sociaux, anxiété, dépression, désinvestissement, isolement, rupture dans les occupations, des difficultés dans la réalisation de certaines tâches du quotidien, manque de satisfaction dans les activités, manque de motivation, motivé, phase de soins palliatifs, phase de soins de récupération, phase de soutien.

Objectif 3 : Comprendre de quelle manière l'ergothérapeute sollicite la volition des patients onco-gériatriques d'ici la fin de l'entretien.

- ⇒ Critères d'évaluations : évaluation, connaître son patient, le dialogue, s'approcher de ses centres d'intérêts, adaptation du cadre thérapeutique, MOHOST, suivre les objectifs personnels, prioriser les objectifs, être bienveillant.

Sous objectif : Être capable de recenser les avantages et inconvénients du soutien social sur les éléments volitionnelles des patients âgés atteints du cancer d'ici la fin de l'entretien.

- ⇒ Critères d'évaluations : motivation, dépassement de soi, dévalorisation, la peur du regard des autres, désinvestissement, oppression, relativisation, donne envie de poursuivre les soins, démotivation, jugement.

Objectif 4 : Repérer l'impact de la mise en place d'atelier de groupe sur le soutien social du patient d'ici la fin de l'entretien.

- ⇒ Critères d'évaluations : Un levier, un besoin du patient, une meilleure compréhension des conséquences, relativisation des patients, moins d'appréhension, un sentiment d'appartenance à un groupe, un gain d'assurance en soi, pair aidance, ne pas respecter son désir d'être seul, rencontrer des personnes.

Sous objectif : Repérer l'impact de la dynamique de groupe sur la participation occupationnelle des patients d'ici la fin de l'entretien.

- ⇒ Critères d'évaluations : Dépassement de soi, la motivation, l'envie de se soigner, la détermination dans le soin, la poursuite dans la continuité des soins, une participation occupationnelle satisfaisante ou en augmentation, envisager l'avenir, un renfermement de soi, entraide, la dévalorisation.

2. La population ciblée

Dans la réalisation de mon investigation, je vais à la rencontre de professionnels paramédicaux impliqués dans la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer. J'ai choisi de recueillir les expériences d'ergothérapeutes et d'infirmiers, des acteurs qui collaborent dans le parcours de soin des patients onco gériatriques. Ainsi, les avis seront plus représentatifs du système d'interdisciplinarité instauré dans les structures.

En effet, les ergothérapeutes sont formés à la démarche systémique. Cette approche, combinée aux éléments intrinsèques du patient, permet le rétablissement des fonctions et la réadaptation des occupations. (Soum-Pouyalet, Éric Sorita, & Belio, 2018)

De plus la participation de l'infirmier apporterait une plus-value, puisqu'il fait partie intégrante de la prise en charge « *Le dispositif doit permettre l'information, le soutien et l'accompagnement du patient et de ses proches, tout en respectant leur volonté de savoir et leur rythme d'appropriation* » (Jeannin, C Pelletti, & Dany L, 2012). Son accompagnement continu à travers les différents soins de nursing et autres, lui permet d'entretenir une relation thérapeutique optimale et une meilleure adhésion au projet de soins. L'infirmier représente pour les patients atteints de cancer une figure symbolique de confiance.

Afin de recruter les professionnels les plus aptes à répondre aux questions, j'ai établi des critères dans le but de constituer mon échantillonnage.

2.1. Les critères d'inclusion

- L'ergothérapeute doit être titulaire d'un diplôme d'ergothérapie.
- L'infirmier doit être titulaire d'un diplôme en soins infirmiers.
- L'infirmier connaît le métier d'ergothérapeute.
- Le professionnel doit avoir eu une expérience professionnelle avec des personnes âgées atteintes de cancer.
- Le professionnel doit avoir exercé en gériatrie ou en oncologie, ou en oncogériatrie.
- Le professionnel parle et comprend le français.

2.2. Les critères de non-inclusion

- L'individu n'est pas titulaire du diplôme d'ergothérapie.
- L'individu n'est pas titulaire du diplôme d'infirmier.
- L'infirmier ne connaît pas l'ergothérapie.
- L'individu ne présente aucune expérience professionnelle avec des personnes âgées atteintes de cancer.
- Le professionnel n'a jamais exercé dans des services de gériatries ou d'oncologies, ou d'onco-gériatries.
- Le professionnel ne parle pas ou et ne comprend pas le français.

2.3. Les critères d'exclusion

Les données récoltées auprès des personnes, pourront être exclues de la recherche en cas :

- Retrait du consentement éclairé.
- Manque de respect envers ma personne.

3. L'outil d'investigation

Pour la réalisation de mon investigation, j'ai opté pour la méthode des entretiens. Cet outil d'enquête est défini par Sylvie Tétreault comme « *une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations* » (Tétreault, 2014). Destiné à l'exploration des expériences et représentations de la personne que l'on questionne, cet outil me permettra par la suite d'analyser en profondeur les accompagnements que les interrogés disent réaliser.

Dans le cadre de cette recherche, j'ai fait le choix d'orienter mon guide d'entretien et la formulation de mes questions sous la forme semi-directive. Ce guide d'entretien (voir annexe 2) validé par ma maitresse de mémoire et testé au préalable par quelques membres de la promotion, m'a permis de m'assurer de la compréhension et de la pertinence de mes questions.

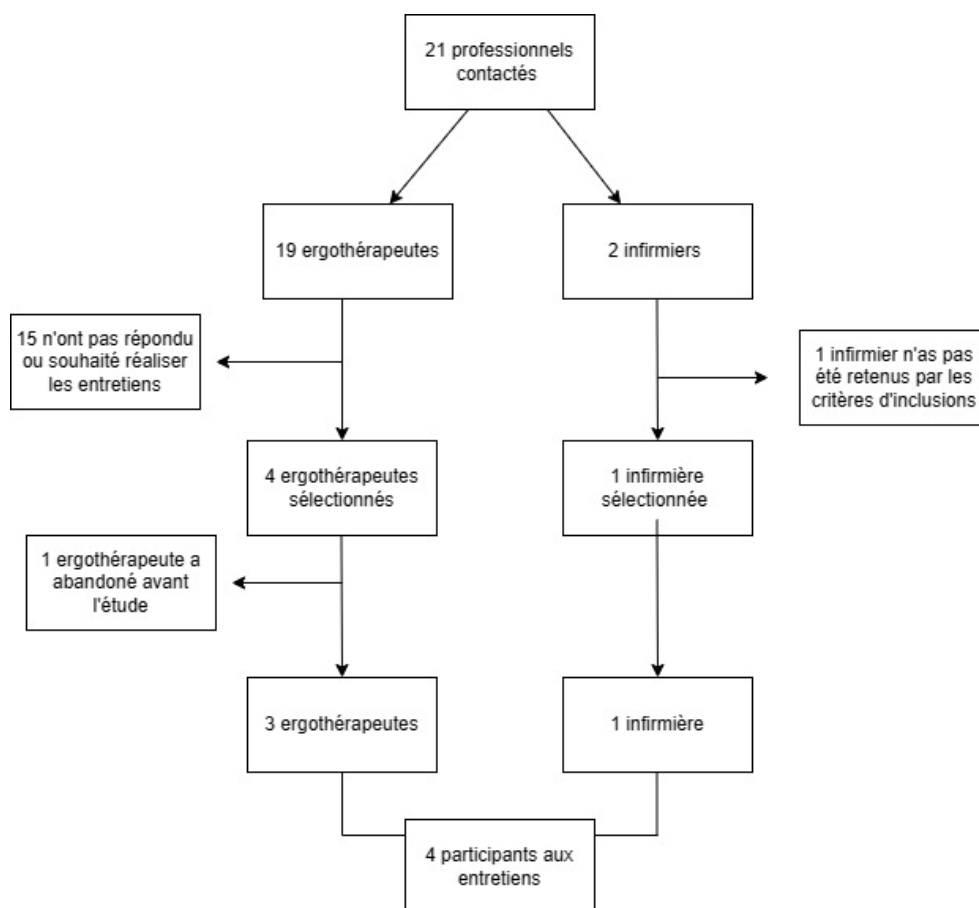
A travers cette configuration, j'ai l'opportunité d'adapter la progression de l'entretien sur les thèmes abordés tels que : les modalités d'accompagnements, l'impact du soutien social sur le patient et la prise en charge, l'interaction groupale et la stimulation des éléments volitionnels. La forme semi directive permet une marge d'ajustement au vu de l'individualité et la spontanéité de mes interlocuteurs. Une souplesse qui laisse l'opportunité de questionner une notion manquante ou peu développée dans la littérature. (Sifer-Rivière, 2016)

L'avantage d'avoir recours à ce type d'outil de recherche, se base en partie sur la richesse et la fiabilité des propos rapportés par l'interviewé. En effet, notre question permet une introspection de la pratique et l'argumentation des actions réalisées. De plus, le bon usage du cadre permet d'entretenir une proximité avec l'individu en s'assurant de la compréhension des questions. « *Ainsi, la façon d'établir le contact et de développer un lien de confiance amènera la personne interrogée à prendre l'initiative de parler et d'aborder des pensées plus intimes.* » (Tétreault, 2014)

Néanmoins, le recours à l'entretien nécessite une maîtrise du guide d'entretien et de la méthode d'entretien de manière générale. Sa mise en place mettra en avant un certain niveau relationnel nécessaire à l'approfondissement des questions et thèmes abordés, sans pour autant influencer les réponses de son interlocuteur. (Gélinas Proulx & Dionne, 2010)

4. La démarche de recrutement

Figure 1 : Diagramme de flux



Dans ma démarche de recherche de participants à des entretiens, j'ai commencé par l'élaboration de flyers d'invitation (voir annexe 1). Ils comportaient les informations essentielles de mon sujet de mémoire ainsi qu'une invitation à participer à un entretien. J'ai en amont procédé à une recherche des structures recevant du public oncogériatrique. Après avoir recensé 15 établissements avec 4 ergothérapeutes libéraux, j'ai envoyé des 13 mails, et appelé 8 établissements. Dans un second temps, j'ai fait usage du bouche-à-oreille et des réseaux sociaux. Grâce à cette méthode, j'ai partagé mon flyer dans des canaux de discussion regroupant des ergothérapeutes.

Ainsi, j'ai obtenu l'accord de 3 ergothérapeutes et de 1 infirmière. La veille des entretiens, je leur ai fait parvenir le formulaire de consentement et la note d'information reprenant les informations du sujet, les modalités d'entretien avec le lien de la visioconférence réaliser avec le logiciel Zoom pour y accéder, ainsi que les critères d'inclusions.

5. Les participants aux entretiens

Tableau 1 : Comparaison des données liées aux entretiens entre les participants

	Ergothérapeute 1 (E1)	Ergothérapeute 2 (E2)	Ergothérapeute 3 (E3)	Infirmière 1 (I1)
Date de l'entretien	27.03.2024	03.04.2024	30.04.2024	24.04.2024
Durée de l'entretien	50 min	49 min	34 min	40 minutes
Modalité de l'entretien	Visioconférence	Visioconférence	Appel téléphonique	Appel téléphonique

6. Les retranscriptions des entretiens

A la suite des entretiens, de manière individuelle, j'ai procédé à un temps de retranscription complète de leurs contenus pour en mener une analyse (voir annexe 5).

Cette analyse approfondie des données de manière longitudinale et transversale permet le repérage d'unité de mots récurrents pour les réunir en une unité thématique. Ainsi l'analyse des résultats s'appuie et s'organise grâce au repérage de thème mentionnée par les interrogées.

Résultat

1. Profils des participants

Parmi les participants aux entretiens, mon échantillonnage est composé de quatre femmes. Toutes sont diplômées dans le domaine des soins paramédicaux en France, trois d'entre elles en ergothérapie et une en soin infirmier. Leurs années d'obtention du diplôme varient entre 2009-2021.

Sur l'ensemble des participantes sélectionnées, les ergothérapeutes E1, E2 et E3 exercent actuellement dans une institution recevant la population gériatrique, tandis que I1 travaille dans un service hospitalier de neuro-chirurgie.

Au sein de cet échantillonnage, une seule participante a eu comme unique expérience professionnelle les soins médicaux et de réadaptation (SMR). Tandis que le reste des participantes ont travaillé dans divers services tels que la neurologie, la gériatrie polyvalente.

Tableau 2 : Comparatif des éléments caractéristiques de la composition de l'échantillonnage (N= 4)

	Sexe	Année d'obtention du diplôme	Temps de travail en oncogériatrie	Expérience professionnelle divers	Lieu de pratique actuel
E1	Féminin	2017	50 %	Oncogériatrie, polyvalent	M2A
E2	Féminin	2021	50 %	/	SMR polyvalent : HDJ, onco gériatrie, gériatrie
E3	Féminin	2009	50 %	Gériatrie : SSR, UGA, HDJ, EMG,	Centre hospitalier : service SMR, UGA, HDJ
I1	Féminin	2021	100%	Oncologie	Hôpital : service neuro chirurgie
Notes : M2A maison des aînées et des aidants / UGA : Unité de médecine gériatrique aiguë					

2. L'accompagnement thérapeutique en oncogériatrie

Au cours des entretiens, plusieurs participants ont mis en avant certaines caractéristiques du travail auprès de patients onco gériatriques. Non prévus par la grille d'entretien, ces éléments sont complémentaires. Démontré comme récurrent lors de l'analyse, il est important de présenter l'avis des professionnels sur le travail effectué en onco gériatrie.

2.1. Les points de vue des professionnels sur l'accompagnement en oncogériatrie

E1	« différent en fonction de toutes les personnes », « c'est très large, c'est pour ça qu'on a un rôle transversal » « le but c'est de faire du lien, parce que c'est souvent ce qui manque », « on a plus de rôle de rééducation », « suivre une situation un peu complexe »
E2	« l'onco, c'est pas facile d'avoir une prise en charge régulière », « c'est pas facile de travailler en onco, il faut avoir le cœur quand même bien accroché. Il y a des gens qui peuvent aller très bien et tout d'un coup ils vont complètement se dégrader et tu vois la personne partie devant tes yeux », « maintenant je fais beaucoup moins de prise en charge », c'est tellement aléatoire en oncologie »
E3	« il n'y a pas de prise en charge spécifique pour les patients oncogériatriques, c'est souvent la même que pour les autres pathologies »

Dans cette sous-partie, E1 et E2 expliquent faire face à des situations complexes que peuvent rencontrer les patients pendant la prise en soin, comme la dégradation de l'état de santé. *« c'est pas facile de travailler en onco, il faut avoir le cœur quand même bien accroché. Il y a des gens qui peuvent aller très bien et tout d'un coup, ils vont complètement se dégrader et tu vois la personne partie devant tes yeux. » (E2)*

Toutefois, E3 affirme que malgré les particularités des patients oncogériatriques la prise en charge reste semblable aux autres pathologies.

Ainsi, les ergothérapeutes reconnaissent avoir recours à des activités de soins variées pour répondre aux besoins des patients. Bien que E2 et E1 trouvent leurs actions limitées sur le plan de la rééducation.

Etant motivés par les besoins et limitations occupationnelles des patients, les actes thérapeutiques s'y réfèrent.

2.2. Les caractéristiques des patients oncogériatriques

E1	« chute », « perte d'autonomie », « altération de l'état générale », « en phase palliative », « en cours de traitements », « cancer métastasé », « elle avait plus la flemme que pas la capacité », « elle a du mal à se lever de son lit », « difficultés à la marche », « perte de mémoire », « aller jusqu'aux toilettes déjà c'est le parcours du combattant pour eux » « participer à la vie active, accéder à des activités de loisirs, ce ne sont plus leurs besoins. Leurs besoins c'est le repos adapté » « alité », « pas d'appétit », « douloureuse », « mal à mâcher », « mycoses », « pertes d'équilibre », « difficultés à la toilette », « faire de la co-occupation » « 90% du temps, 95 % du temps ce sont des personnes qui entrent dans un parcours de soin palliatif »
E2	« leurs états de santé se dégradent », « c'est pas forcément des gens alités », « ils vont bien », « à 2 jours de chimio, il va pas être en forme » « tremblement », « elle a envie de rentrer chez elle », « elle arrivait pas à prendre une douche », « elle a du mal à manger », « trouble de la sensibilité », « douleurs neuropathiques » « escarre », « méta osseux » « dialysée » « il y a des gens très autonomes », « plainte mnésique », « isolé » « ils ont arrêtés les traitements », « chute », « soins palliatifs », « apathiques »
E3	« Troubles neurocognitifs », « polypathologie », « escarre », « douloureux », « dépendant », « soins palliatifs », « soins curatif »
I1	« difficultés moteur », « perte d'autonomie », « devient plus dépendant », « difficultés dans les activités quotidiennes de la vie », « douleur », « nausées », « fatigue », « fatigué par les traitements »

Ainsi, dans cette partie dédiée aux caractéristiques des patients, les professionnels s'accordent sur la particularité hétérogène de la population onco gériatrique.

En effet, les professionnelles interrogées mettent en avant de nombreuses limitations comme la douleur, la fatigue, les troubles mnésiques, les escarres. Des limitations qui, selon E2 et I1 seraient exacerbées à la suite des traitements.

Malgré les différences mises en avant dans les résultats, des limitations au niveau de la participation occupationnelle s'observent pour toutes les participantes. Ainsi, E2 et E1 retrouvent des limitations dans des activités de la vie quotidienne similaires telles que : la prise des repas, la marche, la toilette. Tandis que E3 et I1 font plus souvent face à des limitations occupationnelles généralisées des patients.

De plus, les entretiens de E1, E2, E3 expliquent que l'hétérogénéité des patients ne concerne pas uniquement leurs caractéristiques physiques et occupationnelles. Les 3 ergothérapeutes identifient deux types de patients rencontrés au cours du parcours de soins. Certains en soins curatifs et d'autres en soins palliatifs. « *perte d'autonomie* », « *devient plus dépendant* ». (I1)

Face à cette diversité, les professionnels doivent adapter leurs approches et leurs accompagnements thérapeutiques.

2.3. Les différents types d'accompagnements thérapeutiques

E1	« coordination de parcours de soins », « réadaptation », « visites à domicile », « des aménagements de domicile », « évaluation », « préconisation en aide technique », « accompagnement à la fin de vie », « éducation de l'aidant », « remettre un parcours de soin, de rééducation et d'accompagnement pour pas qu'il se retrouve hospitalisé du jour au lendemain »
E2	« bilan », « mise en place d'aide technique », « visite à domicile », « préparation au retour à domicile », « rééducation (dextérité, préhension, sensibilité) », « accompagnement à la fin de vie », « travail des transferts », « l'installation au fauteuil », « relationnel », « reprise de la marche », « positionnement », « améliorer l'autonomie », « verticaliser »
E3	« positionnement au lit – fauteuil », « préparation de retour à domicile », « coordination de soin », « travail des transferts », « relationnel », « mises en situation », « réadaptation »
I1	« après l'admission de la chimiothérapie » « surveillance de l'état générale du patient »

Alors que les professionnels partagent leurs missions auprès des patients onco gériatriques. Les ergothérapeutes E2, E3 et E1 disent fonder leurs pratiques sur les besoins et les objectifs des patients. Leurs discours et pratiques sur les différents parcours de soins trouvent des points de convergence concernant les soins proposés aux patients tels que : le relationnel, la réadaptation, les transferts, la préparation au domicile, la préconisation en aide technique, le positionnement.

Cependant E1, est amené à réaliser un accompagnement de coordination de parcours. Un moyen de conserver pour le patient un lien et une continuité dans les soins. *« remettre un parcours des soins, de rééducation et d'accompagnement pour pas qu'il se retrouvent hospitalisés du jour au lendemain. »*

Des accompagnements qui diffèrent comparer à I1 qui réalise l'admission des traitements, la surveillance de l'apparition des symptômes et des effets secondaires.

La réalisation de ces actes thérapeutiques répond à un objectif commun partagé entre les membres des équipes pluridisciplinaires.

2.4.L'organisation pluridisciplinaire

E1	« Dans l'organisation, c'est qu'il y a une première visite avec le médecin. Donc, soit c'est médecin-ergo, médecin-assistante sociale, médecin-infirmier. Le plus courant, c'est médecin-infirmier parce que c'est une grosse part médicale à aborder en première rencontre » « visite peut être faite par l'assistante sociale et l'ergo » « c'est difficile, on intervient sur plein de truc »
E2	« je faisais énormément de travail en binôme avec le kiné. », « Je travaille aussi beaucoup avec la psychomot, mais sur différents points. », « ça apporte une dynamique différente et pour nous, mais surtout pour le patient, parce que du coup il y a on va dire une ambiance quand tu t'entends bien avec tes collègues, c'est super agréable », « on faisait des binômes parce que déjà pour nous c'est plus facile parce que c'est pas évident de verticaliser un patient. » « on peut aussi travailler les transferts, mais ça plutôt je le fais avec le kiné, souvent c'est plus facile de le faire »
E3	« Collabore », « aide-soignant », « infirmier », « psychomotricienne », « kiné », « assistant social », « APA », « infirmier coordinateur » « je fais du lien avec la psychologue, parce que parfois les patients expriment certaines choses en ergothérapie. Donc je les informe »
I1	« Nous voyons avec l'assistant social afin qu'elle puisse venir voir le patient pour qu'il ne puisse pas perdre de son autonomie lorsqu'il va rentrer chez lui », « mon doublon dans le service c'est l'aide-soignante »

Bien que selon les structures, la composition de l'équipe pluridisciplinaire change. Les quatre participantes expliquent travaillées en collaboration et en coordination étroite avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Toutes favorisent le travail en binôme pour pouvoir répondre aux besoins spécifiques du patient en fonction des limitations qu'il présente. *« je faisais énormément de travail en binôme. » (E2)*

Toutefois E1, E2, E3 varient la constitution de leurs binômes de travail en fonction des objectifs thérapeutiques recherchés. Les résultats mettent en avant la collaboration avec le kinésithérapeute, le psychomotricien et l'assistant social.

Tandis que I1 forme avec les aides-soignants une équipe de travail permanente.

Pour E2 l'organisation en binôme apporte une meilleure dynamique de travail, et favorise la participation du patient ainsi que l'allègement de la tâche.

Toutefois E2 et E1 reconnaissent, en l'extensibilité de leurs actions, une limitation dans la compréhension de leurs compétences aux professionnels qui constituent l'équipe. *« c'est difficile, on intervient sur plein de truc. » (E1)*

De plus E3, explique devoir faire du lien avec le bon professionnel concerné, car les informations peuvent ne pas être données à la bonne personne. *« je fais du lien avec la psychologue, parce que parfois les patients expriment certaines choses en ergothérapie. Donc je les informe. »*

2.5. La collaboration infirmier et ergothérapeute

E3	« concernant le positionnement au lit, j'interviens dans un but de prévention d'escarre »
I1	« il me fait remonter toutes les difficultés que le patient rencontre (..) nous mettons en place des séances de kiné, d'ergo »
E2	« c'est un travail d'équipe, ça passe par aussi les infirmières »

Pour trois des participantes, la collaboration entre les infirmières et les ergothérapeutes est bénéfique au bien-être du patient. À travers des échanges, E3 et I1 s'apportent des informations nécessaires à la mise en place d'actes thérapeutiques adaptés aux patients.

Bien que E2 ne mette pas en avant les échanges avec les infirmières, elle reconnaît pouvoir atteindre ses objectifs thérapeutiques grâce à leurs implications dans les soins.

L'encadrement par de nombreux professionnels paramédicaux dans le parcours de soins a été révélé comme bénéfique. L'inclusion du soutien social à cet encadrement aura-t-il le même effet ?

3. Les impacts de la sollicitation du soutien social

En questionnant la sollicitation du soutien social dans l'accompagnement thérapeutique, les professionnels appuient leurs propos sur des observations de terrain. Ainsi, font émerger 3 points importants.

3.1.L'identification du soutien social

E1	« Aidant », « son mari »
E2	« Après, ça peut être nous, mais ça peut aussi être la famille, qui est un soutien » « ma fille », « enfant »
E3	« la famille »
I1	« sa famille », « beaucoup de patients aiment être soutenus, c'est très important que ce soit par sa famille (...) nous les soignants qui sont là sur le plan médical. » (I1)

En effet, les professionnelles identifient les vecteurs de soutien au patient, l'entourage de la personne. Elles précisent la nature des liens sociaux en remarquant l'implication des membres de la famille, et des aidants naturels dans les soins de la personne âgée atteinte de cancer.

Toutefois E2 et I1 reconnaissent s'inclurent comme acteur dans le soutien social du patient. « beaucoup de patients aiment être soutenus, c'est très important que ce soit par sa famille (...) nous les soignants qui sont là sur le plan médical. » (I1)

3.2.Les impacts positifs

E1	« rassure », « la plupart du temps quand il y a un aidant ça se passe mieux parce qu'il y a quelqu'un au quotidien », « elle ne veut que 3 passages pour une aide humaine à la toilette parce que le reste du temps elle va prendre sa douche avec son mari. » « les co-occupations sont si bonnes que les occupations en soi »
E2	« La famille, elle peut être un soutien », « ça leur remonte le moral » « heureusement qu'ils sont là parce que la journée elle est tellement longue » « ça la soulage et ça on va dire ça l'allège un peu »
E3	« pour certain patient le soutien social est levier », « influencer la participation dans les occupations »
I1	« Sa famille c'est des piliers qui lui permet d'avancer(..) il se sent accompagné dans sa maladie sa peut aussi l'aider à ne pas baisser les bras sur le long terme »

De cette implication de la famille, les professionnels caractérisent leur présence par un élément moteur pour les patients. La sollicitation du soutien social est approuvée par les professionnelles « pour certain patient le soutien social est levier. » (E3) Elles s'accordent sur des impacts positifs du soutien

sur la participation occupationnelle du patient, qui favorisent le dépassement, et l'acceptation de la maladie et du diagnostic. *« il se sent accompagné dans sa maladie sa peut aussi l'aider à ne pas baisser les bras sur le long terme. » (I1)*

Lors des entretiens E2, I1 évoquent les visites, les mots de réconfort comme moyen de véhiculer du soutien. De plus, elles identifient des effets bénéfiques sur la participation occupationnelle et sur la motivation. Tandis que pour E1 et E2 les visites de la famille permettent de lutter contre la solitude de l'hospitalisation. *« heureusement qu'ils sont là parce que la journée elle est tellement longue. » (E2)*

E1, remarque l'intervention de la famille dans les co-occupations. Un moyen selon elle, de faciliter le patient dans la participation aux activités de la vie quotidienne.

3.3.Les impacts négatifs

E1	« Et son mari la pousse beaucoup pour qu'elle fasse plus mais elle a pas envie », « , il y a des aidants qui sont pas aidant », « ils n'aiment pas rencontrer les gens pour x ou y a qu'une raison. Du coup, là, ça peut y avoir un effet négatif et délétère a contrario ».
E2	« Mais si y a une personne qui dit : c'est pour ma fille, elle veut absolument que je sois là moi je sais pas pourquoi je suis là. Ça va être déjà une galère, ça va être difficile, voire tu sauras déjà que ça va être compliqué », « J'ai des visites mais qui durent tout l'après-midi, c'est tous les jours, mais j'en peux en fait. J'ai envie qu'on me laisse tranquille », « renvoyer cette image et que les gens aient pitié d'elle un peu. C'est insupportable, et ça à un effet négatif sur sa prise en charge parce qu'elle veut qu'une chose, c'est mourir en fait. », « elle peut aussi être un frein parce que des fois les patients, ils peuvent le faire parce que leur famille leur dit : Oh c'est bon, maintenant faut y aller et tout, faut que tu te bouges, t'es là pour ça. Et le patient, il va le faire par dépit mais du coup il va pas avoir envie quoi. », « ils peuvent se renfermer sur eux-mêmes parce qu'ils ont pas envie qu'on les force à faire quoi que ce soit », « il y a des gens qui sont très seuls mais qui ont toujours été très seuls et qui le vivent très bien », « il y a des gens qui sont hyper désagréables tu vois quand leur famille elle est là, ils font que de les envoyer chier. Enfin désolé pour le terme mais ils sont hyper, ils sont hyper aigris et tout mais parce que en fait y'en a ce sont des mécanismes de défense », « C'est pas forcément qu'ils ont pas envie de voir les gens, mais c'est qu'ils ont pas envie d'être un poids et ils ont Pas envie de faire souffrir leur entourage »

Bien que les premiers résultats soient en faveur des impacts positifs. E1 et E2 expliquent que le soutien social s'accompagne d'impact négatif sur le patient.

En effet, E1 et E2 remarquent chez les familles une facilité à outrepasser les décisions du patient, ce qui limite la participation occupationnelle de la personne âgée malade. *« Et son mari la pousse beaucoup pour qu'elle fasse plus mais elle a pas envie. » (E1)*

Cependant E1 et E2, expliquent que l'implication des entourages peut être un obstacle dans les cas où les patients apprécient rester seuls.

De plus E2 trouve des limites supplémentaires au soutien social. D'une part, elle explique que les visites répétées, créent chez les patients de la fatigue. Puis elle ajoute que l'intrusion des familles dans les soins peut être violente psychologiquement pour les patients. « *Mais elle veut renvoyer cette image et que les gens aient pitié d'elle un peu, c'est insupportable et ça a un effet négatif sur sa prise en charge parce qu'elle veut qu'une chose, c'est mourir.* » Elle poursuit en disant que ces situations peuvent se traduire chez le patient oncogériatrique par la manifestation de mécanismes de défense des patients.

Mis en évidence dans cette sous-partie, lorsque le patient n'est pas intéressé et n'émet pas une attirance vers le soin. Le soutien apporté à un effet délétère. Mais alors par quels moyens faut-il susciter l'intérêt du patient pour qu'il participe dans ses activités ?

4. Facteurs facilitants et obstacles à la stimulation des éléments de volitions

Après avoir défini auprès des professionnelles du paramédicales la volition. Elles reconnaissent solliciter quelques éléments de volitions du patient pour atteindre des buts thérapeutiques.

4.1. Les moyens d'accès aux éléments de volitions

E1	« connaître les habitudes de vie, de poser la question aussi aux personnes », « aller au rythme de la personne », « entretien volitionnel », « aborder les sujets de la fin de vie, de comment la personne veut finir sa vie , des fois c'est juste des conseils », « discuté des actions anticipées », « on va faire de l'étayage, faire les premiers appels, les premiers entretiens avec la personne ou son proche, pour cibler les besoins », « l'entretien motivationnel », « il y a des outils qui peuvent permettre de dégager des objectifs »
E2	« bilan d'entrée pour savoir quel est son niveau d'autonomie ? Quelles sont ses difficultés ? Et surtout, quels sont ses objectifs à elle ? Pourquoi aller ici et pourquoi ? (...) c'est quoi ses objectifs principaux on va dire ? », « on passe dans la chambre, on discute »,
E3	« <i>Réaliser des entretiens pour pouvoir connaître leurs habitudes de vie, leur projet</i> »
I1	« <i>je me présente au patient du coup ça apporte déjà un peu de confiance</i> », « <i>lui dire que je suis là pour l'aider</i> », « <i>ça glisse tout seul, de lui-même il va me dire des choses je vais rebondir dessus</i> », « <i>je les motive quand ils vont baisser les bras</i> »,

Pour reconnaître les éléments de volitions, les professionnelles interrogées disent les rechercher dès l'entrée du patient dans le service onco gériatrique. En effet, E1, E2, I1 utilisent toutes le premier contact avec le patient pour créer une relation de confiance. En utilisant les dialogues et les échanges, elles recueillent des informations du patient. « *je me présente au patient du coup ça apporte déjà un peu de confiance* », « *lui dire que je suis là pour l'aider* ». (I1)

Toutefois à cet effet, les ergothérapeutes utilisent des outils comme les entretiens et les bilans pour connaître le patient et ses éléments de volitions. En croisant leurs propos, les éléments recherchés dans ses bilans sont leurs projets de vie, leurs objectifs personnels, ses habitudes de vie. « *on leur demande directement, donc on va faire un entretien qui va te permettre de connaître leurs habitudes de vie, leurs projets.* » (E3)

4.2. Les facteurs facilitants

E1	« Aller au rythme de la personne », « ne pas trop déterminer d'objectif pour ne pas que ça paraisse inatteignable », « accepter ses limites en tant que thérapeute », « travaillé aussi auprès des aidants pour dire faut respecter leurs envies », « informer de comment accompagner à la marche », « il faut aussi pouvoir stimuler la motivation, et l'énergie du patient, mais sans la jeter partout »
E2	« dialogue », « passage en chambre », « en allant dans la salle de rééducation, en le mettant avec de la musique ou dans une ambiance qui l'intéresse on va dire, ça change un peu le cours de la rééducation. » « ils ont envie de commander », « faut que t'essaies d'ajuster en fonction un petit peu des horaires, (...) s'il a plus envie de travailler le matin, plus l'après-midi, s'il préfère que tu sois avec le kiné pour commencer, tu vois ? Ou alors toute seule, ou peut-être plutôt dans une salle privée, parce que regard les autres le gêne ou ce genre de chose » « tu peux avoir des motivations différentes en fonction des activités que tu proposes et des machines » « on peut stimuler mais dans la limite de la bienveillance, « il faut insister parce que le patient il sait pas à cause des troubles cognitifs », « Plus on va venir tous les jours, plus en fait le patient il va se dire ils m'ont dit qu'ils passeraient, ils repassent vraiment. Peut-être que je pourrais donner un petit peu, donc on va réussir à l'asseoir au bord du lit. Il va être fatigué donc on va revenir le lendemain »
I1	« Remonter le moral, « je les motive », « vous avez vu le petit bout de chemin que vous avez fait il faut continuer et vous allez voir vous allez y arriver », « ils ont besoin d'être stimulés sur beaucoup de choses parce qu'avec les traitements ils sont à bout »
E3	« il faut les stimuler, c'est carrément nécessaire si on veut favoriser la participation occupationnelle »

Après avoir démontré que connaître les éléments de volitions du patient était important. Les professionnels expliquent dans leurs pratiques avoir recours à des moyens facilitant la participation du patient dans ses soins.

Dans cette sous-partie, les professionnelles E3, E2, E1 et I1 expliquent devoir stimuler la volition des patients à certains moments du parcours. I1 et E2 identifient les moments difficiles et la dégradation de l'état physique nécessitant une stimulation de la part des soignants. « ils ont besoin d'être stimulés sur beaucoup de choses parce qu'avec les traitements ils sont à bout. » (I1)

E1 explique prioriser les objectifs thérapeutiques avec le patient. Ce moyen facilitant est pour E1 l'occasion de préserver la motivation du patient et son énergie dans l'accomplissement d'une activité qui lui est signifiante.

Alors que E1, I1 et E2 ont identifiées dans les dialogues comme un facteur facilitant de la relation thérapeutique. Elles adaptent leurs postures de soignante en s'assurant de l'adhésion du patient et de leurs attitudes bienveillantes. Pour elles, la discussion repose sur le dialogue, un moyen pour le thérapeute de comprendre des choix et les préférences du patient par rapport à ce qui est

signifiant pour lui. *« c'est délétère et bon pour elle à la fois, mais c'est sa décision et c'est quelque chose qui la motive ».* (E1)

De plus, E2 et I1 ajoutent que la discussion permet de favoriser l'intérêt de la personne envers les propositions d'accompagnement thérapeutique de ces professionnelles, mais aussi un moyen pour valoriser et motiver le patient. *« vous avez vu le petit bout de chemin que vous avez fait il faut continuer et vous allez voir vous allez y arriver. »* (I1)

Toujours dans une optique de motiver le patient E2, utilise la négociation et les visites répétées dans la chambre du patient pour solliciter son attention et ses intérêts envers les soins. Elle explique que ce moyen d'insister doit être modéré et doit respecter les limites du patient. *« Plus on va venir tous les jours, plus en fait le patient il va se dire ils m'ont dit qu'ils passeraient, ils repassent vraiment. Peut-être que je pourrais donner un petit peu, donc on va réussir à l'asseoir au bord du lit. Il va être fatigué donc on va revenir le lendemain. »*

Toutefois, E2 utilise d'autres stratégies pour faciliter l'intérêt du patient dans les soins. En effet, elle use de l'aspect ludique des séances pour motiver, de la dynamique du binôme pluridisciplinaire, des machines et de la musique pour rendre le patient acteur et volontaire de la prise en charge. *« en allant dans la salle de rééducation, en le mettant avec de la musique ou dans une ambiance qui qui l'intéresse on va dire, ça change un peu le cours de la rééducation. »*

Enfin, E1 identifie dans sa pratique professionnelle sa posture comme étant un moyen facilitant la stimulation du patient. Elle soigne son approche en favorisant l'autonomie du patient et en respectant rigoureusement les envies du patient et en incitant les aidant à laisser faire le patient. *« travaillé aussi auprès des aidant pour dire faut respecter leurs envies. »*

4.3. Les facteurs obstacles

5. E1	« le manque d'énergie », « le manque de motivation », « son mari la pousse beaucoup pour qu'elle fasse plus mais elle n'a pas envie » je ne suis pas sûre d'avoir le temps de la revoir, parce qu'il y a ce côté institutionnel qui fait qu'on a pas le temps qu'on souhaiterait passer avec chacun »
E2	« ils le font pour leur famille mais pas forcément pour eux. », « apathie » « Mais s'il y a une personne qui dit : c'est pour ma fille, elle veut absolument que je sois là. Moi je sais pas pourquoi je suis là. Ça va être une galère, ça va être déjà difficile et voire, tu sauras déjà que ça va être compliqué. », « après ça dépend de l'âge il y en a qui ont 95 ans ils ont juste enlevé qu'on leur foute la paix », « en ergo, il considère que il y a pas besoin de rééducation en oncologie »
E3	« <i>Démotivation importante du patient</i> »
I1	« avec tous les traitements qu'ils prennent-ils sont fatigués ils ont pas envie et tout »

Cependant les professionnels font part des difficultés qu'elles rencontrent lors de la stimulation des éléments de volitions des patients. Ensemble elles trouvent comme principal facteur limitant la démotivation du patient face à son état de santé dégradé, et à son désintérêt pour les soins. « *après ça dépend de l'âge il y en a qui ont 95 ans ils ont juste enlevé qu'on leur foute la paix.* » (E2)

Toutefois E2, E1 identifient aussi une limitation dans les soins et la participation occupationnelle des patients lorsque le soutien social des membres de la famille, ne respectent pas les objectifs du patient.

De plus elles affirment être limitées par l'institution, en ayant un temps consacré au patient insuffisant pour travailler la participation occupationnelle.

6. Défis et réussites des ateliers de groupe dans un service oncogériatrique

Concernant les impacts des ateliers de groupes, une participante (E3) n'a pas souhaité répondre aux questions, car elle n'en fait pas actuellement.

6.1. Les prérequis des ateliers de groupes

E1	« Après, ça dépend du type de groupe aussi. Ça dépend d'un but et les objectifs du groupe », « Mais oui c'est sûr, sur le principe ça permet d'améliorer la participation », « Mais il faut aussi, que ce soit de moment particulier, parce que ça ne fonctionnerait peut-être pas à la première chimio on va dire. », « il faut que ce soit un choix de la personne, que ça lui soit proposé de manière correcte et qu'on lui propose aussi les objectifs de ce groupe-là. »
E2	« tu peux pas inclure quelqu'un dans un groupe tout de suite il faut d'abord que tu crées une relation de confiance, que tu apprennes à connaître la personne avant de savoir si tu peux la mettre dans un groupe et si oui quel groupe »
I1	« pour ça faut d'abord connaître le patient et donc je recueille ses données personnelles et administratives »

Identifiés comme un moyen thérapeutique, les ateliers de groupes sont des mis en place auprès de patients onco gériatriques.

Inscrits dans un cadre de soins pour optimiser la qualité de vie, E1 et E2 s'accordent sur l'importance de l'identification des objectifs à travailler et les compétences à solliciter en regard d'une problématique occupationnelle.

De plus, elles identifient l'étape de l'inclusion des patients au groupe comme étant influente sur la réussite du groupe. Toutefois, elles mettent en avant lors des analyses deux éléments déterminants.

- Le moment de l'inclusion :

« tu peux pas inclure quelqu'un dans un groupe tout de suite il faut d'abord que tu crées une relation de confiance que tu apprennes à connaître la personne avant de savoir si tu peux la mettre dans un groupe et si oui quel groupe. » (E2)

- La constitution du groupe :

« que ça se tire dans les pattes et que ça s'engueule à la fin du groupe c'est qu'il y a un problème dans la gestion du groupe et dans la constitution du groupe au début. » (E1)

Un dernier point qui est repris à plus forte raison par E2 et I1 qui identifient des caractéristiques à connaître du patient pour l'inclure au groupe tels que : les informations personnelles, la présence de troubles associés, le tempérament du patient.

Cependant E1, met en évidence un point selon elle capital pour avoir recours à l'atelier de groupe. En effet, elle explique devoir avant tout rechercher le consentement du patient. *« il faut que ce soit un choix de la personne, que ça lui soit proposé de manière correcte et qu'on lui propose aussi les objectifs de ce groupe. »*

L'élaboration du groupe étant une étape clé, elle détermine en partie la réaction des personnes âgées atteintes de cancer face à l'issue du groupe.

6.2. Les bénéfices du groupes

E1	« émulation », « il se saisisse du groupe » « paire-aidance » « Le fait que les personnes soient proposantes que dans un mode d'éducation », « mieux se saisir peut-être des solutions apportées par d'autres personnes ayant vécu ou vivant la même situation qu'eux ou une situation similaire. »
E2	« dynamique de groupe », « la création d'affinité », « l'entraide »
I1	« ça leur permet de parler des expériences qu'ils ont eues, de sentiments qu'ils ont ressentis » « partager cette expérience entre eux ils peuvent ainsi se remotiver »

Concernant les résultats du groupe, pour les trois participantes la mise en place du groupe est un moyen d'inciter le patient à participer au sein du groupe. Elles identifient des bénéfices sur le plan social avec la « *dynamique de groupe* », « *la création du lien social* », « *l'entraide* ».

De plus E1 et I1 remarquent un autre avantage lié à l'atelier de groupe. En effet, selon leurs résultats, la paire-aidance serait un moyen de réconforter et de motiver le patient « *partager cette expérience entre eux ils peuvent ainsi se remotiver.* » (I1)

6.3. Les difficultés liées à la mise en place des ateliers de groupe

E1	« manque de personnalisation », <i>parce qu'il y a des personnes qui n'aiment pas le groupe, qui n'aiment pas rencontrer les gens pour X ou Y raison. Du coup, là ça peut y avoir un effet négatif et déléter à contrario »</i>
E2	« <i>ils vont passer la séance à se comparer aux autres, et à se dévaloriser</i> », « <i>c'est pas évident de faire des groupes en onco parce qu'il peut y avoir tellement de disparités</i> ».
I1	« il se focalise trop sur le groupe et qu'il se renferme sur eux »

Toutefois E2, E1 et I1 n'excluent pas des difficultés et des échecs suite à l'atelier de groupe onco gériatrique. En effet, elles identifient comme obstacles aux groupes certains traits psychosociaux, comme *se comparer aux autres, et se dévaloriser* « *ils vont passer la séance à se comparer aux autres, et à se dévaloriser.* » (E2)

De plus E1, identifie en l'aspect groupal une limitation sur la personnalisation de la séance en fonction des besoins de chacun.

7. Analyse des réponses ouvertes

En réponse à la question : Pour la suite, que voudriez-vous mettre en place pour ses patients qui limitent leur participation occupationnelle ?

Les professionnelles se livrent ouvertement sur la mise en place de futurs projets. Basées sur un spéculât, les actions proposées ne garantissent pas une optimisation de la participation occupationnelle. Toutefois, deux types de réponses s'en dégagent.

7.1. Les ateliers de groupe

E1	« sur le principe le groupe aidant », « je me disais sur les groupes de paroles, de partages du quotidien, les choses pourront être intéressant »
E2	« mettre en place de groupe de cuisine thérapeutique »
E3	« <i>surement un groupe, reste à voir quel type d'atelier</i> »
I1	« <i>un groupe de parole pour les aider à discuter de ce qui les angoisse avant la chimio, peut vraiment leur faire un grand bien</i> »

En questionnant les participantes sur les possibilités d'actions à mettre en place à l'avenir. L'ensemble des participantes de l'enquête se sont montrées intéressées par la mise en place d'ateliers de groupe.

Certaines professionnelles E2 et I1 s'intéressent à l'optimisation de la participation occupationnelle et de la qualité de vie du patient. Pour mettre en place le groupe E2, et I1 se projette dans la constitution des participants qui seraient des patients onco gériatriques.

E2 propose des ateliers de groupe sur les problématiques occupationnelles observés dans sa structure « *mettre en place des groupes de cuisine thérapeutique* ».

Tandis que I1 s'intéresse au groupe de parole pour prétendre à une diminution des angoisses. « *un groupe de parole pour les aider à discuter de ce qui les angoisse avant la chimio, peut vraiment leur faire un grand bien.* »

Cependant, E1 s'intéresse à l'instauration d'ateliers de groupe en dehors de son institution adressée aux aidants afin de permettre leur éducation et leur sensibilisation à la santé. « *sur le principe le groupe aidant* », « *je me disais sur les groupes de paroles, de partages du quotidien, les choses pourront être intéressant.* »

A contrario, E3 s'oriente vers une prise en charge en groupe sans définir le type de population.

7.2. Les séances individuelles

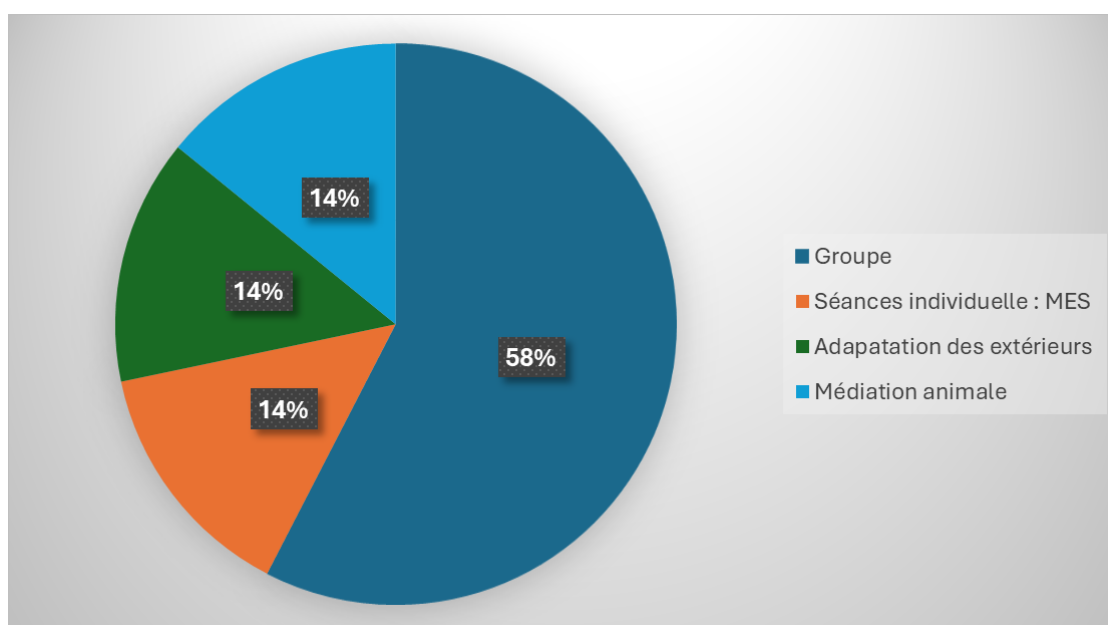
E2	« mise en situation toilette », « médiation animale »
E1	« aménagements des extérieurs », « <i>adapter tous les appartements parisiens en mettant un parc un ascenseur adapté pour qu'ils puissent sortir de chez eux</i> »

E1, E2 envisagent de proposer des séances individuelles à leurs patients. Selon elles, le cadre individuel favorise la proximité entre le patient et le soignant et permet d'assurer un suivi et une progression dans l'accompagnement du patient.

E2 propose des séances consacrées au développement de l'autonomie sur les actes de la vie quotidienne par des mises en situation. Elle poursuit avec la proposition de mettre en place une médiation animale pour favoriser le lien social.

Alors que E1 serait intéressé par de l'aménagement des extérieurs. Ce qui permettrait, selon elle de rendre accessibles les extérieurs et les infrastructures aux personnes oncogériatriques et de favoriser leurs participations occupationnelles. Toutefois, elle n'investit pas son projet qui lui semble inatteignable. « *c'est un truc qui sort totalement de la réalité.* »

Figure 2 : comparatif des propositions d'activités pour favoriser la participation occupationnelle



Discussion

1. L'accompagnement thérapeutique en faveur de la participation occupationnelle des patients onco gériatriques

Les résultats de la recherche ont mis en avant les ressentis des participantes sur l'ensemble de l'accompagnement des personnes âgées atteintes de cancer. Au contact de cette population vulnérable, les soignants et les ergothérapeutes doivent faire preuves de flexibilité dans leurs accompagnements. A cause de l'hétérogénéité des patients et des conséquences de la maladie, les besoins, les limitations occupationnelles et les projets de vie sont amenés à évoluer et par conséquent faire évoluer la prise en charge. *« Ça dépend vraiment de la personne, de comment elle vit la situation, de son entourage et puis de son état de santé si ça se dégrade ou pas. Mais ça malheureusement ça peut se dégrader du jour au lendemain. » (E2)*

Toutefois, l'accompagnement des patients oncogériatriques reste difficile pour toutes les professionnelles. En effet, la dimension de l'affect qu'engagent les professionnels est éprouvée par des dégradations de l'état de santé et parfois des décès. Un accompagnement que je pense intense psychologiquement pour les soignants, qui nécessite des comportements adaptés comme avoir une attitude respectueuse, vecteur de bientraitance et faisant preuve d'humilité. (Aquino & Géraldine Viatour, 2017).

Je soulève aussi une difficulté institutionnelle limitant le temps et les moyens d'accompagnement. Les ergothérapeutes rencontrent une diminution du temps accordé aux patients onco gériatriques : *« il considère qu'en ergo il n'y a pas de rééducation en oncologie. » (E2)*. En effet, à la suite d'un remaniement de l'organisation de travail en SMR par le décret du 11 janvier 2022, le temps en ergothérapie consacré au service d'oncologie a été diminué (voir annexe 4) (SYFMER. (n.d.). Ce qui peut expliquer le fait que toutes les ergothérapeutes interrogées travaillent à mi-temps avec les patients onco gériatriques. Un manque de contact avec le patient qui empêche le suivi des patients et impacte la qualité du soin. (Pernet & Mollo, 2012)

Toutefois, un accompagnement en ergothérapie reste possible malgré un temps insuffisant. Réfléchis pour répondre aux limitations occupationnelles des individus, les ergothérapeutes ne sont pas soumis à un protocole de prise en soins. Cela leurs laisse la liberté de déterminer avec le patient par des bilans, les problématiques occupationnelles qu'il rencontre actuellement ou est amené à rencontrer par la suite. Ainsi, en se basant uniquement sur les besoins du patient, les ergothérapeutes favorisent la participation du patient dans les soins en usant de l'approche centrée. *« Ainsi, la prise en*

considération accrue des incidences physiques, psychiques, sociales et spirituelles de la maladie signifie une approche médicale à la fois globale et humaine puisque les besoins individuels sont plus facilement identifiés et accompagnés par les soignants. » (Suissa, Guérin, & Warusfel, 2019).

Pour répondre aux attentes du patient, les ergothérapeutes s'appuient sur les équipes pluridisciplinaires pour harmoniser leurs actions et d'optimiser la qualité de vie. Ainsi, en binôme ou en individuel, les ergothérapeutes mettent en place des actions permettant de favoriser la participation occupationnelle. Comme relaté dans les écrits théoriques, les patients sont en demandes de confort pour limiter les souffrances, et d'aide pour effectuer leurs activités du quotidien tel que « *s'habiller, se laver et manger* » (Anderson et al., 2022) (Eva Ejlersen Wæhrens et al., 2023).

Au vu des diversités des demandes, les ergothérapeutes tentent de satisfaire par de la rééducation, de la réadaptation, du positionnement, des mises en situation, des préconisations en aides techniques, des préparations au retour à domicile, de l'éducation aux aidants ou encore l'apprentissage des transferts pour permettre au patient de gagner en autonomie et en indépendance dans les activités significatives. (Aguilova, Sauzéon, Balland, Consel, & N'Kaoua, 2014)

Pour faciliter une meilleure acceptation des soins et une participation optimale du patient, les professionnels ont recours à la stimulation des éléments de volitions. Ainsi, ils peuvent ajouter des éléments attrayants qui les motivent à s'adonner aux séances (Lécallier & Michaud, 2004). Les ergothérapeutes proposent d'assouplir le cadre thérapeutique en apportant des modifications sur les lieux des séances, la temporalité, la composition de l'équipe pluridisciplinaire ou le recours à « *la musique, des jeux ou des machines connectées* ». (E2)

Toutefois, ces moyens sont plus souvent observés dans les soins palliatifs et curatifs. « *Je dirais même que 90% du temps, 95 % du temps ce sont des personnes qui entrent dans un parcours de soin palliatif* » (E1). Un fait que je remarque puisque toutes les ergothérapeutes travaillent en contact de patient en arrêt de traitements ou en fin de vie. Une répartition dissemblant avec les écrits de Chowdhury qui place la pratique de l'ergothérapie en compléments des autres membres de l'équipe pluriprofessionnelle à toutes les étapes du parcours de soin.

Cependant, le manque de coordination entre les équipes peut avoir des impacts néfastes sur la participation occupationnelle du patient et son niveau de qualité de vie. En effet, le manque de connaissances sur les compétences de chacun peut créer un manque d'efficacité. Une confusion qui a été remarquée dans les résultats, « *nous voyons avec l'assistante sociale afin qu'elle puisse venir voir le patient pour qu'il ne puisse pas perdre de son autonomie lorsqu'il va rentrer chez lui.* » (I1) ainsi cela participe à la sous-utilisation de l'ergothérapeute qui est formé à la préparation au retour à domicile.

2. Les impacts et l'utilité de la sphère sociale

En matière de soutien social, la sollicitation des aidants et de la famille est pour certains patients un moyen de favoriser la participation occupationnelle. En effet, partie intégrante de l'environnement du MOH, la sphère sociale est un facteur influent sur la personne et ses interactions. (Marie-Chantal Morel-Bracq et al, 2017) Défini par Namkoong, le soutien social est « *un processus interactionnel ancré dans la relation qui se développe entre les individus* » (Namkoong et al, 2010).

En étant rapporté lors des résultats comme un levier pour le patient dans sa poursuite de soin. Les visites et les mots d'encouragement des proches sont pour beaucoup de patients appréciés. En rempart à l'isolement de l'hospitalisation, le soutien émotionnel promu par la famille donne au patient la motivation pour atteindre ses objectifs thérapeutiques et autres projets de vie. (Wilson & Luker, 2006) Comme le démontre la recherche de Wæhrens EE et al, l'inclusion du soutien social permet de favoriser la qualité de vie et la participation dans les occupations. (Eva Ejlersen Wæhrens et al., 2023).

Moins soulignée dans les résultats, l'implication de l'équipe pluridisciplinaire s'ajoute au soutien apporté par la famille. En effet, dès les premiers échanges, les ergothérapeutes ne cessent d'utiliser la dimension relationnelle. En cherchant à établir une relation thérapeutique et un lien de confiance avec le patient, ils apportent leurs soutiens par de nombreux moyens, dont les attentions empathiques, des échanges, une attitude bienveillante. Des valeurs similaires aux écrits de Cécile Fürstenberg : « *Pour approcher la souffrance globale dont souffre le patient, il faut avant tout avoir pour lui un regard global qui soit empreint d'attention et de présence. Ce regard, cette relation instaurée par lui, ouvre déjà, avant toute action, un espace pour que l'autre puisse faire son chemin* ». (Fürstenberg, 2011)

Je me questionne sur les bénéfices d'une collaboration entre les aidants et les soignants pour favoriser la participation occupationnelle du patient. Par la mutualisation des soutiens émotionnels du proche et du soutien d'estime et instrumental du soignant (Namkoong et al, 2010), ils pourront s'appuyer sur le croisement de ressources et d'informations tels que les projets de vie et les éléments de volitions du patient. Dans le but de motiver davantage la participation du malade dans les soins pour atteindre ses objectifs thérapeutiques. « *Les projets élaborés avec le patient auront d'autant plus de chance de se concrétiser que la famille y aura participé ou en aura été informée* » (Bantman, 2005). Un questionnement conforté par Wæhrens EE qui encourage l'inclusion des proches dans les soins pour favoriser la qualité de vie. (Eva Ejlersen Wæhrens et al., 2023)

Cette interaction entre l'entourage du patient et les professionnels soignants, peut dans certaines situations faire l'objet d'un accompagnement. Bien que peu argumenté dans les résultats, l'éducation des aidants par l'ergothérapeute apportant à l'aidant les outils nécessaires à la conduite

du soutien adapté. Ce qui est incité par E1 invite les proches à laisser leurs proches agir, ou à les suppléer dans les co occupations. Une étude de Pollie Price montre que les bienfaits des co occupations sur les enfants, en leurs permettant de s'épanouir et à participer davantage dans les occupations dans un cadre sécurisant incluant un proche. (Price & Stephenson, 2009)

Néanmoins, le soutien promu par les aidants et la famille de manière maladroite nuit à la participation du patient. En effet, s'opposant à la politique de soin, au cadre bienveillant et respectueux du consentement, ils créent chez le patient onco gériatrique des mécanismes de défense. Mis en évidence lors des résultats comme une mise à distance pour éviter de faire souffrir la famille, mais aussi des conflits. Ainsi, toute les actions allant à l'encontre ou envahissante est délétère pour la prise en charge. *« ça à un effet négatif sur sa prise en charge parce qu'elle veut qu'une chose c'est mourir. » (E2)*

Je remarque que l'aspect communautaire du soutien social n'a pas été abordé dans les résultats. Les recherches incluent les usagers de l'hôpital comme membres de la sphère sociale par les liens communautaires. (Sainsaulieu, 2006) Par la création d'affinités, d'échanges dans l'hôpital, les patients s'apportent du soutien et de la motivation dans la poursuite des soins. Un soutien de pair qui influence la participation occupationnelle. Toutefois, ce lien communautaire peut ne pas être perçu par le patient n'admettant pas sa posture de malade. Un phénomène observé par Talpin, J. *« Le sujet qui entre en institution se retrouve assigné à une catégorie dans laquelle il refuse très souvent de se reconnaître. » (Talpin, 2016)*. Un frein à la participation occupationnelle puisque les résultats évoquent un auto-isollement des patients faisant suite au mécanisme de défense.

3. L'utilisation du groupe auprès des patients oncogériatriques

Dans la recherche de moyens encourageant la participation occupationnelle des patients oncogériatriques. Les résultats identifient les ateliers de groupe comme agent thérapeutique. Déjà connus dans les services d'oncogériatrie, les groupes communautaires de patients s'articulent autour de problématiques occupationnelles qu'ils partagent. *« Je fais des groupes relevés de sol » (E2)*.

La dimension groupale dans un accompagnement de personnes onco gériatriques, permet d'apporter dans les soins l'aspect communautaire. Cette organisation autour de différents ateliers permet d'apporter du soutien grâce à un réseau de pair, de créer des affinités, de se saisir du groupe, d'obtenir des solutions grâce à la paire-aidance ou encore de se lancer des défis. Utilisé comme outil thérapeutique le groupe favorise la participation du malade. *« Donner place cette souffrance au lieu de*

chercher à l'évacuer, favoriser, au fil des échanges et des séances, (...), permettre une parole sur soi, (...) tels sont quelques-uns des objectifs d'un groupe de parole. » (Verdon, 2009)

Désigné comme bénéfique pour les patients les groupes favorisent la participation et l'intérêt dans les soins. Cet apport est intensifié par la gestion du groupe en équipe pluridisciplinaire. En effet, selon B. Lombart, la co- animation des groupes permet la mutualisation des compétences des professionnels et d'élargir les objectifs thérapeutiques ciblés. Bien que dans l'étude, le public ciblé est pédiatrique, le principe s'emploie aussi pour des patients onco gériatrique qui se saisissent de l'apport du groupe, l'expérience des personnes qui le composent, et la sécurité du cadre. (Verdon, 2009)

« Cette co-animation en binôme est l'occasion d'une rencontre dans un espace commun de soin. Cela permet d'inventer des prises en charge différentes, enrichies par l'expérience professionnelle de chacune. En décloisonnant les métiers, l'offre de soins s'étoffe, car au cours des séances, l'enfant va « piocher dans la pratique qui lui correspond le mieux. » (B. Lombart & I. Celestin-Lhopiteau, 2007)

Bien que la gestion du groupe soit équilibrée par deux professionnels soignants. La composition du groupe est une étape importante qui influence la réussite du groupe et les capacités de chacun à favoriser la participation occupationnelle. Fondé sur l'accord du patient et son intérêt envers le groupe et les objectifs thérapeutiques recherchés. *« Il faut que ce soit un choix de la personne, que ça lui soit proposé de manière correcte et qu'on lui propose aussi les objectifs de ce groupe-là » (E1).* Toutefois, il doit aussi répondre aux caractéristiques des patients, la sélection des patients doit tenir compte de l'hétérogénéité des patients. Ce qui nécessite selon les ergothérapeutes de pouvoir connaître le patient, son tempérament et le niveau d'acceptation de la maladie.

Ainsi, l'inclusion précoce du patient au groupe peut être un élément obstacle à la dynamique de groupe. *« ne fonctionnerait peut-être pas à la première chimio » (E2).* Or la maladie et les traitements peuvent les rendre vulnérables et limiter leurs compétences psychosociales. Ainsi, les résultats mettent en avant l'apparition de comportements délétères vecteurs de disparités : se comparer aux autres, se dévaloriser, se focaliser sur le groupe ou encore se renfermer. Des réactions obstacles à la participation occupationnelle.

Toutefois, les résultats et les écrits scientifiques identifient le manque de personnalisation du groupe comme principal facteur limitant. En expliquant que ce système groupal ne permet pas le suivi des besoins individuel des patients. *« Le travail en groupe ne permet pas de connaître les besoins, le vécu, les difficultés du patient aussi bien que dans le cadre d'une approche individuelle. » (S. Dolbeault, A. Brédart, & S. Cayrou, 2010)*

De plus, les ouvrages scientifiques alertent sur la complexité de déterminer une bonne temporalité pour établir un groupe. Les écrits de Chouvier encouragent la rigueur et l'implication des participants dans le groupe « *il demande à s'installer dans la durée, une durée reconnue, fondée sur la régularité* » (Chouvier, 2016). Tandis que Machavoine partage ses expériences et ses ressentis sur la conduite du groupe auprès de population oncologique, qui sur le long terme prend une forme « *chaotique* » (Machavoine, 2010)

Malgré les limitations existantes liées aux ateliers de groupe, les résultats de l'analyse démontrent une utilité des groupes auprès de la population onco gériatrique. Leurs conduites dans un but thérapeutique encouragent la participation occupationnelle du patient, en lui permettant de s'investir dans le soin grâce au soutien social et aux éléments de volitions. Bien que l'approche groupale seule soit pertinente, les résultats suggèrent un suivi individuel complémentaire au groupe pour pouvoir travailler en profondeur les problématiques occupationnelles.

4. Rétrospective à la recherche

4.1.Limites de la recherche

Une des principales limitations de ma recherche repose sur le nombre restreint de participants interviewés. En effet, j'aurais souhaité m'entretenir avec un minimum de cinq ergothérapeutes. Cependant, dû à une contrainte de temps et de ressources, l'échantillonnage des professionnels s'est vu restreint.

De plus, j'aurais préféré une répartition plus étendue des lieux de pratique des participants. Avec une diversité importante dans les lieux d'exercices des participants, j'aurais pu obtenir une représentativité riche et davantage nuancée les résultats.

Une autre limite de cette recherche, concerne le mode de passation des entretiens par appel téléphonique. Ce moyen s'est montré moins efficace et moins approfondi que les entretiens réalisés par visioconférence. En effet, pour certaines questions, je n'ai pas pu m'appuyer sur les expressions faciales pour m'assurer de la bonne compréhension de la question. Ce manque d'interaction et de retour visuel des professionnels, m'a empêché de reformuler et d'aller chercher des éléments de réponses complémentaires.

Enfin avoir le retour objectif de 2 ergothérapeutes sur 3 concernant les ateliers de groupes, impacte considérablement l'analyse des résultats. De ce fait des éléments sont manquants et ne

permettent pas de questionner davantage l'utilisation du groupe dans un but de favoriser la participation occupationnelle.

4.2. Biais cognitifs

Au cours de ce travail de recherche, je reconnais avoir involontairement rencontré des biais qui ont affecté la qualité et la représentativité des résultats obtenus.

Dans la sélection des participants et dans la diffusion des flyers d'enquête dans plusieurs structures hospitalières a réduit la diversité entre les participants. Ce biais de sélection a ainsi orienté les réponses étant donné que des contraintes institutionnelles à ce type de structure limitent la pratique de l'ergothérapie auprès des patients onco gériatriques.

De plus, dans la conception de ma grille d'entretien, l'ordre des questions a pu influencer les réponses des participants. A travers ce biais d'orientation, l'ensemble des participants ont montré leurs intérêts face aux ateliers de groupe en regard de leurs expériences dans l'accompagnement des personnes âgées atteintes du cancer. Ainsi, en orientant les possibilités de réponse, les professionnelles pourraient avoir restreint la portée des réponses et omis des aspects importants de leur pratique.

4.3. Apport de la recherche

La réalisation de ce mémoire m'a permis de questionner la pratique de l'ergothérapeute au sein des services onco gériatriques. Puisque cette population représente aujourd'hui la majorité des cancers, l'accompagnement de l'ergothérapeute se doit d'être centré sur le patient et ses besoins. A travers les ressources théoriques et l'analyse de mon travail d'enquête, j'ai pu mettre en avant le rôle de l'ergothérapeute tout au long du parcours de soin oncologique des personnes âgées.

Ainsi, de nombreux moyens comme le dialogue, les bilans, l'écoute active sont mis en place par les équipes pluridisciplinaires pour créer une relation thérapeutique solide, propice à l'élaboration des séances. Souvent répartis par binômes, les ergothérapeutes multiplient les actions pour apporter du confort et favoriser la participation occupationnelle des patients par des actes de rééducation, de réadaptation, d'aménagement en aide technique.

La recherche a permis d'accroître les connaissances par rapport à l'utilisation des ateliers de groupe auprès de la population onco gériatrique. Elle démontre la pertinence des groupes dans le parcours

thérapeutique du patient associé aux séances individuelles. Le groupe permet aux patients de trouver un espace sécurisant, qui laisse place à l'expression des émotions, de solidarité et de paire-aidance.

De plus, cette étude met en valeur le rôle de l'ergothérapeute auprès des aidants familiaux qui jouent un rôle influent dans la participation occupationnelle de leurs proches. A travers une éducation thérapeutique, l'accompagnement par l'ergothérapeute permet de préserver les impacts positifs promus par les membres de la famille tels que le réconfort, la volition.

Conclusion

Cette démarche de recherche a fourni des informations précieuses sur certains aspects de la pratique ergothérapique auprès des personnes âgées atteintes de cancer.

Dans un accompagnement pluridisciplinaire des patients de cette population hétérogène, l'approche de l'ergothérapeute varie et s'adapte aux besoins et aux projets du patient. A travers cette recherche, les résultats permettent en partie de répondre à l'hypothèse.

Ainsi, par manque de pratique, les ateliers de groupe dans l'accompagnement en ergothérapie en théorie permettraient de favoriser la participation occupationnelle grâce au support social et aux éléments volitionnels des patients oncogériatriques.

Les ateliers de groupe présentent de nombreux avantages tels que la création de liens sociaux, l'encouragement de la participation, le renforcement de la motivation, l'entraide et la paire-aidance. De plus, cet outil thérapeutique est vecteur de réconfort et de bienveillance aux patients à différents stades de leur parcours de soin.

Ayant pris conscience des limites de représentativité que peut représenter le sujet, je poursuis ma réflexion permettant aux patients onco gériatriques de favoriser leurs participations occupationnelles. Ainsi, je me questionne sur la posture de l'aidant et sa place au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Puisque ma recherche a mis en lumière son implication active et l'influence qu'il exerce sur la personne malade. L'association de sa connaissance et de son lien au patient, serait un atout pour l'ergothérapeute et l'équipe soignant pour atteindre les objectifs thérapeutiques.

Pour parvenir à cette association et enrichir la prise en charge dans l'organisation des soins par l'équipe soignante. Un accompagnement de l'ergothérapeute au profit des aidants serait bénéfique, pour les aider à investir la posture d'aidant.

Cet accompagnement de l'ergothérapeute par un groupe de plusieurs aidants permettra l'expression et la mutualisation des ressentis, des besoins et des difficultés. Ainsi, les groupes d'aidants suivront ensemble des séances de sensibilisation et d'éducation sur les attitudes et compétences à adopter pour aider leurs proches.

Bibliographie

Adams, L., Feike, J., Eckert, T., Göhner, W., Spörhase, U., & Bitzer, E. (2019). Effectiveness of a motivational–volitional group intervention to increase physical activity among breast cancer survivors compared to standard medical rehabilitation—Study protocol of a prospective controlled bi-centred interventional trial. *European Journal of Cancer Care*, 28(4). <https://doi.org/10.1111/ecc.13073>

AFSOS. (n.d.). Que sont les soins de support ? - AFSOS. Retrieved January 28, 2024, from Association Francophone Des Soins Oncologiques De Support website: <https://www.afsos.org/les-soins-de-support/mieux-vivre-cancer/>

Aguilova, L., Sauzéon, H., Balland, É., Consel, C., & N’Kaoua, B. (2014). Grille AGGIR et aide à la spécification des besoins des personnes âgées en perte d’autonomie. *Revue Neurologique*, 170(3), 216–221. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2014.01.039>

Albert Wettsteina, Daniela Dyntarb, Max Kälin. (2014). *L’isolement, un risque pour la santé chez le sujet âgé Le nouveau droit de la protection de l’adulte, une opportunité pour le dépistage au cabinet médical.* Forum Med Suisse .

Ameli. (2023, November 3). Dépistage et détection précoce des cancers. Retrieved from ameli.fr website: <https://www.ameli.fr/seine-saint-denis/assure/sante/themes/cancers/dépistage-prevention>

Anderson, C., Olshan, A., Bae-Jump, V., Park, J., Brewster, W., Kent, E., & Nichols, H. B. (2022). Falls, walking or balance problems, and limitations in activities of daily living (ADLs) among older endometrial cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 30(7), 6339–6351. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07087-2>

ANFE. (n.d.). Qu’est ce que l’ergothérapie. Retrieved from ANFE website: https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/

Aquino, J.-P., & Géraldine Viatour. (2017). La discrimination liée à l’âge : avancée en âge et accès aux soins. *Journal de Droit de La Santé et de l’Assurance Maladie/Journal de Droit de La Santé et de l’Assurance Maladie*, N° 16(2), 50–54. <https://doi.org/10.3917/jdsam.172.0050>

B. Lombart, & I. Celestin-Lhopiteau. (2007). O11 Complémentarité des méthodes et des métiers : animation d’un groupe d’enfants douloureux chroniques, par un binôme cadre infirmier/psychologue. *Douleurs*, 8, 35–36. [https://doi.org/10.1016/s1624-5687\(07\)73107-4](https://doi.org/10.1016/s1624-5687(07)73107-4)

Bantman, P. (2005). La famille comme “partenaire thérapeutique.” *Che Vuoi ?*, HS01(3), 49. <https://doi.org/10.3917/chev.hs01.0049>

Bentley, R., Hussain, A., Maddocks, M., & Wilcock, A. (2012). Occupational therapy needs of patients with thoracic cancer at the time of diagnosis: findings of a dedicated rehabilitation service. *Supportive Care in Cancer*, 21(6), 1519–1524. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1687-1>

Besbes, M., Betti, C., & Tronyo, J. (2020, February 27). Population par âge – Tableaux de l’économie française. Retrieved from www.insee.fr website: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>

Bouleuc, C., Burnod, A., Angellier, E., Massiani, M.-A., Robin, M.-L., Copel, L., ... Vinant, P. (2019). Les soins palliatifs précoces et intégrés en oncologie. *Bulletin Du Cancer*, 106(9), 796–804. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2019.04.006>

Bourrellis, C., & Marie-Christine Bazerolles. (2012). La filière gérontologique et gériatrique : parcours de vie/parcours de soins. *De Boeck Supérieur EBooks*, 39–62. <https://doi.org/10.3917/dbu.trouv.2012.01.0039>

Broonen, J. P. (2012). [Review of *Le passé et l'avenir du concept de volition pour la psychologie de l'éducation et de la formation*]. *cairn.info*, 74(2007/2), 3–17. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2007-2-page-3.htm>

Broonen, J.-P., Marty, M., Legout, V., Cedraschi, C., & Henrotin, Y. (2011). La volition est-elle un chaînon manquant de la prise en charge du patient lombalgie ? *Revue Du Rhumatisme*, 78(3), 238–241. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2010.08.019>

Buckland, N., & Mackenzie, L. (2017). Exploring the role of occupational therapy in caring for cancer survivors in Australia: A cross sectional study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 64(5), 358–368. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12386>

Bungener, C., & Suchocka-Capuano, A. (2010). Fear of cancer recurrence and/or progression and mental health prevention. *Psycho-Oncol*, 4(4), 237–243. <https://doi.org/10.1007/s11839-010-0283-1>

Catherine M. Alfano, & PhD. (2014). Recovery Issues in Cancer Survivorship: A New Challenge for Supportive Care. *The Cancer Journal*.

Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. (n.d.). VQ | outil d'évaluation | CRM OH | Uval. Retrieved January 26, 2024, from Centre de référence du modèle de l'occupation humaine website: <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/vq/#:~:text=La%20volition%2C%20l%E2%80%99effort%20que%20la%20personne%20va%20d%C3%A9ployer>

ch-antibes. (n.d.). Prise en Charge Pluridisciplinaire du Cancer - Centre Hospitalier d'Antibes. Retrieved from www.ch-antibes.fr website: <https://www.ch-antibes.fr/fr/cancerologie/5/7/18>

Cherba, M., Tho r, C., Turbide, O., Denault, V., Renaud, L., Valderrama, A., ... Muloin, C. (2019). Le soutien social en ligne comme mode d'intervention psychosociale : revue de littérature, pistes de recherche et recommandations pour les intervenants. *Santé Publique*, Vol. 31(1), 83–92. <https://doi.org/10.3917/spub.191.0083>

Chouvier, B. (2016). Les objets médiateurs dans le groupe thérapeutique. *Dialogue*, 213(3), 11. <https://doi.org/10.3917/dia.213.0011>

Chowdhury, R. A., Brennan, F. P., & Gardiner, M. D. (2020). Cancer Rehabilitation and Palliative Care—Exploring the Synergies. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(6). <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.030>

CHU-Lyon. (2021, July 7). Diagnostic en cas de suspicion de cancer | Hospices Civils de Lyon - CHU de Lyon. Retrieved December 1, 2023, from www.chu-lyon.fr website: <https://www.chu-lyon.fr/diagnostic-en-cas-de-suspicion-de-cancer>

Colombat, P. (2009). [Review of *A propos de la mise en place des soins de support en cancérologie : pistes de réflexions et propositions*]. *cairn.info*, 24(2009/2), 61–67. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-infokara1-2009-2-page-61.htm?contenu=resume>

Colvez, A. (2014). *D pendance et vieillissement*.

Coutaz Martial. (2011). *des différents préjugés existants*. *CME*, 3, 4-13. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Martial-Coutaz/publication/51185360_Cancer_in_older_patients_Which_assessment_before_to_decide_a_treatment/links/5787670e08ae6fcc0ddb6f0c/Cancer-in-older-patients-Which-assessment-before-to-decide-a-treatment.pdf

Davin, J.-L., Ducrotté, P., & Houédé, N. (2011). Management of side-effects of targeted therapies in renal cancer: gastrointestinal side-effects. *Bulletin Du Cancer*, 98(S3), 69–78. <https://doi.org/10.1684/bdc.2011.1445>

DUPUYDUPIN, E. (2021, April 9). *recherche, soins et coordination en oncogériatrie en ile de france*. Cancéropôle Ile-de-France. Retrieved from https://soundcloud.com/canceropole/2021oncogeriatrie-dupuydupin?utm_source=clipboard&utm_campaign=wtshare&utm_medium=widget&utm_content=https%253A%252F%252Fsoundcloud.com%252Fcanceropole%252F2021oncogeriatrie-dupuydupin

e-cancer. (n.d.). Le parcours de soins - Se faire soigner. Retrieved from www.e-cancer.fr website: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Parcours-de-soins>

Eichenbaum-Voline, S., Malavolti, L., Paraponaris, A., & Ventelou, B. (2008). Cancer et activité professionnelle. *Revue de L'OFCE*, 104(1), 105. <https://doi.org/10.3917/reof.104.0105>

Elsan care. (n.d.). Cancer des os. Retrieved from Elsan website: <https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/cancers/cancer-des-os-definition>

Eva Ejlersen Wæhrens, Morgan, D., Karen la Cour, Kathleen Doyle Lyons, Lozano-Lozano, M., Carlo, M., ... Marc Sampedro Pilegaard. (2023). International consensus on occupational therapy interventions for people with palliative care needs: A European Association for Palliative Care Group Concept Mapping study. *Palliative Medicine*. <https://doi.org/10.1177/02692163231188155>

Finlay, L., & Campling, J. (2012). *Groupwork in occupational therapy*. Andover: Cengage Learning.

fondation arc. (n.d.). Cancer : la prise en charge médicale, sociale et psychologique | Fondation ARC pour la recherche sur le cancer. Retrieved from www.fondation-arc.org website: <https://www.fondation-arc.org/cancer/cancer-la-prise-en-charge-medicalesocialepsychologique>

Fondation contre le Cancer. (n.d.). Les types de cancers. Retrieved from www.cancer.be website: <https://www.cancer.be/le-cancer/jeunes-et-cancer/les-cancers/les-types-de-cancers>

Fondation contre le cancer. (n.d.). Comment se forme une tumeur ? | Fondation contre le Cancer. Retrieved from www.cancer.be website: <https://www.cancer.be/le-cancer/comment-se-forme-une-tumeur#:~:text=Stade%201%3A%20la%20tumeur%20est>

fondation contre le cancer. (n.d.). Les effets secondaires | Fondation contre le Cancer. Retrieved December 1, 2023, from www.cancer.be website: <https://www.cancer.be/le-cancer/jeunes-et-cancer/les-effets-secondaires>

Furstenberg, C. (2011). La clé des soins relationnels : la sollicitude en chemin au domicile. *Recherche En Soins Infirmiers*, N° 107(4), 76. <https://doi.org/10.3917/rsi.107.0076>

Gagnon, J., Utzschneider, A., & Doyon, A. (2018). Regard sur l'expérience de vivre avec le cancer : Le cancer comme occasion de changement chez des personnes âgées de 60 à 73 ans. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillessement*, 37(3), 281–293. <https://doi.org/10.1017/S0714980818000168>

Galvin, A., Bertrand, N., Rabia Boulahssass, Laure de Decker, Dorval, É., Béatrice Clairaz, ... Soubeyran, P. (2022). Repenser la prise en charge des sujets âgés atteints d'un cancer : propositions du groupe Priorités Âge Cancer. *Bulletin Du Cancer*, 109(6), 714–721. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2022.03.013>

Gélinas Proulx, A., & Dionne, É. (2010). Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). Série “L'enquête et ses méthodes” : L'entretien (2e éd. refondue). Paris : Armand Colin.. *Mesure et Évaluation En Éducation*, 33(2), 127. <https://doi.org/10.7202/1024898ar>

Goetz, P. (2018). Lymphœdème. *Phytothérapie*, 16(3), 176–177. <https://doi.org/10.3166/phyto-2018-0038>

Harel-Katz, H., & Carmeli, E. (2019). The association between volition and participation in adults with acquired disabilities: A scoping review. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 32(2), 84–96. <https://doi.org/10.1177/1569186119870022>

HAS. (2017, November). Réunion de concertation pluridisciplinaire. Retrieved from Haute Autorité De Santé website: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806878/fr/reunion-de-concertation-pluridisciplinaire

Humbert, P. (2009). Prévenir l'alopecie chimio-induite. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, 136, S29–S32. [https://doi.org/10.1016/s0151-9638\(09\)72395-6](https://doi.org/10.1016/s0151-9638(09)72395-6)

INCa. (2016). *Cancers du sein /du diagnostic au suivi*.

Inca. (n.d.). Les unités de coordination et antennes d'oncogériatrie - Oncogériatrie. Retrieved November 25, 2023, from www.e-cancer.fr website: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatrie/Les-unites-de-coordination-et-antennes-d-oncogeriatrie>

Institut national du cancer. (2019). Après une hospitalisation - Démarches sociales. Retrieved January 29, 2024, from [E-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr) website: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Demarches-sociales/Apres-une-hospitalisation>

Institut national du cancer. (2021). *STRATÉGIE DÉCENNALE DE LUTTE CONTRE LES CANCERS*. Retrieved from https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_-_strategie_decennale_de_lutte_contre_les_cancers.pdf

Institut national du cancer. (n.d.). Types et stades des cancers - Qu'est-ce qu'un cancer ? Retrieved from www.e-cancer.fr website: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Types-et-stades-des-cancers>

institut national du cancer. (2019). Récidive - Suivi. Retrieved January 29, 2024, from [E-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr) website: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Suivi/Recidive>

Jeannin, N., C Pelletti, & Dany L. (2012). La profession infirmière face à l'annonce en cancérologie : place et enjeux de la dimension psychologique. *Pratiques et Organisation Des Soins*, Vol. 43(3), 177–185. <https://doi.org/10.3917/pos.433.0177>

Joly, F., Ahmed-Lecheheb, D., Thiery-Vuillemin, A., Orillard, E., & Coquan, E. (2019). Effets secondaires de la chimiothérapie des cancers testiculaires et suivi de l'après cancer. *Bulletin Du Cancer*, 106(9), 805–811. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2019.04.004>

Kadambi, S., Soto-Perez-de-Celis, E., Garg, T., Loh, K. P., Krok-Schoen, J. L., Battisti, N. M. L., ... Hsu, T. (2019). Social support for older adults with cancer: Young international society of geriatric oncology review paper. *Journal of Geriatric Oncology*, 11(2). <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2019.09.005>

La ligue contre le cancer. (2021). Les soins de support. Retrieved from La Ligue Contre Le Cancer website: https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/soins-de-support-2021-03_0.pdf

Le Bihan-Benjamin, C., Bréchet, J.-M., Bousquet, P.-J., Viguier, J., Buzyn, A., & Saint-Jean, O. (2015). Sujets âgés atteints de cancer en France : quel recours à l'hospitalisation en 2012 ? *Bulletin Du Cancer*, 102(2), 139–149. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2014.09.002>

Lécallier, dr dorothée , & Michaud , D. P. (2004). *l'entretien motivationnel, une évolution radicale de la relation thérapeutique* . Retrieved from https://www.irepspdl.org/_docs/Fichier/2015/4-150319024811.pdf

Machavoine, J.-L. . (2010). Groupes de malades en psycho-oncologie: éléments historiques, cliniques et pratiques. *Psycho-Oncologie*, 4(3), 190–198. <https://doi.org/10.1007/s11839-010-0276-4>

Marie-Chantal Morel-Bracq, Margot-Cattin, P., Malinowsky, C., Mignet, G., Doussin-Antzer, A., Éric Sorita, ... Rousseau, J. (2017). Chapitre 2. Modèles généraux en ergothérapie. *De Boeck Supérieur EBooks*, 51–130. <https://doi.org/10.3917/dbu.morel.2017.01.0051>

Masson, A. (2013). Vivre après un cancer : un autre état de vulnérabilité ? *Psycho-Oncologie*, 7(1), 23–29. <https://doi.org/10.1007/s11839-013-0408-4>

Menaut, H. (2009). Les soins relationnels existent-ils ? *VST - Vie Sociale et Traitements*, 101(1), 78. <https://doi.org/10.3917/vst.101.0078>

Molliex, S., Lanoiselée, J., & Charier, D. (2021). Prise en charge périopératoire de la fragilité. *Anesthésie & Réanimation*, 7(6), 421–433. <https://doi.org/10.1016/j.anrea.2021.09.004>

Mongiat-Artus, P., Éléna Paillaud, G. Albrand, Caillet, P., & Y. Neuzillet. (2019). Évaluation du patient âge présentant un cancer. *Progrès En Urologie*, 29(14), 807–827. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.279>

Moriceau, M., & Weber, C. (2007). Cancer chez la personne âgée : démarche oncogériatrique et dépistage des patients fragiles pour une prise en charge optimale. *InfoKara, Vol. 22*(2), 49–55. <https://doi.org/10.3917/inka.072.0049>

Namkoong, K., Shah, D. V., Han, J. Y., Kim, S. C., Yoo, W., Fan, D., ... Gustafson, D. H. (2010). Expression and reception of treatment information in breast cancer support groups: How health self-efficacy moderates effects on emotional well-being. *Patient Education and Counseling*, 81, S41–S47. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.09.009>

Negri, A., & Baas, C. (2014). Les effets de l'annonce du cancer. *[Le Journal Des Psychologues]*, 317(4), 18–18. <https://doi.org/10.3917/jdp.317.0018>

Neo, J., Fettes, L., Gao, W., Higginson, I. J., & Maddocks, M. (2017). Disability in activities of daily living among adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treatment Reviews*, 61, 94–106. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2017.10.006>

OMS. (2018, September 12). Cancer. Retrieved from Who.int website: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

OMS. (n.d.). Cancer. Retrieved from [www.who.int website: https://www.who.int/fr/health-topics/cancer#tab=tab_1](https://www.who.int/fr/health-topics/cancer#tab=tab_1)

Oncogériatrie. (2015, September 14). Retrieved November 25, 2023, from Pôle Cancérologie – Hôpital européen Georges-Pompidou website: <https://cancer-hopitalpompidou.aphp.fr/notre-offre-de-soins/les-specialites/oncogeriatrie/#:~:text=L%E2%80%99oncologie%20g%C3%A9riatrique%20est%20une%20discipline%20m%C3%A9dicale%20%C3%A9mergente%20dont>

ONCORIF. (2018, July 20). Les soins oncologiques de support - ONCORIF. Retrieved May 8, 2024, from <https://www.oncorif.fr/prises-en-charge-specifiques/les-soins-oncologiques-de-support/>

ONU. (2020, December 15). Cancer : plus de 19 millions de nouveaux cas et 10 millions de décès en 2020 | ONU Info. Retrieved from [news.un.org website: https://news.un.org/fr/story/2020/12/1084572](https://news.un.org/fr/story/2020/12/1084572)

P. Calmels, Genty, M., J.-M. Wirotius, I. Fayolle-Minon, B. Le-Quang, A. Yelnik, ... Fedmer. (2010). Critères de prise en charge en médecine physique et de réadaptation et pathologies cancéreuses. *Oncologie*, 12(9), 543–549. <https://doi.org/10.1007/s10269-010-1934-3>

Paillaud, E., Caillet, P., Conti, C., & Mebarki, S. (2022). Spécificités onco-gériatriques des soins de support. *Bulletin Du Cancer*, 109(5), 568–578. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2021.12.004>

Pépin, G. (2006). Le modèle des dimensions d'un programme (Gervais, 1998) et le modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 2002) : la théorie au service de la pratique de l'évaluation. *Mesure et Évaluation En Éducation*, 29(3), 97. <https://doi.org/10.7202/1086396ar>

Pergolotti, M., Deal, A. M., Lavery, J., Reeve, B. B., & Muss, H. B. (2015). The prevalence of potentially modifiable functional deficits and the subsequent use of occupational and physical therapy by older adults with cancer. *Journal of Geriatric Oncology*, 6(3), 194–201. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2015.01.004>

Pergolotti, M., Deal, A. M., Williams, G. R., Bryant, A. L., McCarthy, L., Nyrop, K. A., ... Muss, H. B. (2019). Older Adults with Cancer: A Randomized Controlled Trial of Occupational and Physical Therapy. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(5), 953–960. <https://doi.org/10.1111/jgs.15930>

Pergolotti, M., Williams, G. R., Campbell, C., Munoz, L. A., & Muss, H. B. (2016). Occupational Therapy for Adults With Cancer: Why It Matters. *The Oncologist*, 21(3), 314–319. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0335>

Pernet, A., & Mollo, vanina. (2012). 47^{ème} congrès international. *Société d'Ergonomie de Langue Française*. Retrieved from <https://ergonomie-self.org/wp-content/uploads/2019/05/acte-63-self-2012.pdf>

Pourtau, L., & Amiel, P. (2011). [Review of *Les individus face à l'événement "cancer", de la crise aiguë à la crise à répétitions d'une maladie devenue chronique : éléments d'analyse dans les sphères du travail et de la famille*, by A. Dumas]. *Revue de sciences sociales et humaines*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/278824851_Les_individus_face_a_l%27evenement_cancer_de_la_crise_aigue_a_la_crise_a_repetitions_d%27une_maladie_devenue_chronique_elements_d%27analyse_dans_les_spheres_du_travail_et_de_la_famille

Price, P., & Stephenson, S. M. (2009). Learning to promote occupational development through co-occupation. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 180–186. <https://doi.org/10.1080/14427591.2009.9686660>

Raznatovska, O. M., Kanyhina, S. M., Shalmin, O. S., & Fedorec, A. V. (2023). *Relevance of physical therapy and occupational therapy in oncological patients at the stage of palliative and hospice care*. 16(1), 110–116. <https://doi.org/10.14739/2409-2932.2023.1.268806>

Reich, M. (2009). Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique. *L'Information Psychiatrique, Volume 85*(3), 247–254. <https://doi.org/10.1684/ipe.2009.0457>

Rivière, P. (2018, June 20). Cinq ans après un diagnostic de cancer la qualité de vie et la situation en emploi restent fortement dégradés. Retrieved November 24, 2023, from Salle de presse de l'Inserm website: <https://presse.inserm.fr/cinq-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-la-qualite-de-vie-et-la-situation-en-emploi-restent-fortement-degrades/31754/>

S. Dauchy (Villejuif) . (2013). [Review of *Quelle prise en charge psychologique dans l'après-cancer ? Les recommandations de la Société Française de Psycho-Oncologie (SFPO)*]. Springer-Verlag France 2013 . Retrieved from https://sffpo.fr/wp-content/uploads/2011/10/Apres_cancer_recos_revue.pdf

S. Dolbeault, A. Brédart, & S. Cayrou. (2010). Groupes psycho-éducatifs à destination de patients atteints de cancer: quels fondements, quels objectifs, quel format en pratique ? *Psycho-Oncologie*, 4(3), 180–189. <https://doi.org/10.1007/s11839-010-0266-2>

Sainsaulieu, I. (2006). Les appartenances collectives à l'hôpital. *Sociologie Du Travail*, 48(1), 72–87. <https://doi.org/10.4000/sdt.23521>

Santé publique France. (2017). *L'état de santé de la population en France Rapport 2017* (pp. 222–226). Retrieved from <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Cancer.pdf>

santé.fr. (2015, January 26). Les professionnels de santé du cancer | Santé.fr. Retrieved December 1, 2023, from [www.sante.fr website: https://www.sante.fr/les-professionnels-de-sante-du-cancer#:~:text=Les%20professionnels%20de%20sant%C3%A9%20du%20cancer%201%20M%C3%A9decins](https://www.sante.fr/les-professionnels-de-sante-du-cancer#:~:text=Les%20professionnels%20de%20sant%C3%A9%20du%20cancer%201%20M%C3%A9decins)

Sifer-Rivière, L. (2016). Chapitre 4. Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l'expérience des personnes. *Armand Colin EBooks*, 86–101. <https://doi.org/10.3917/arco.kivit.2016.01.0086>

Soum-Pouyalet, F., Éric Sorita, & Belio, C. (2018). 14. L'ergothérapie comme appui à la mise en place d'une pratique interprofessionnelle en cancérologie. *La Découverte EBooks*, 212–232. <https://doi.org/10.3917/dec.norb.2018.01.0212>

Stefanacci, R. G. (2022, May 5). Évaluation gériatrique standardisée. Retrieved January 30, 2024, from Édition professionnelle du Manuel MSD website: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/g%C3%A9riatrie/prise-en-charge-du-patient-g%C3%A9riatrique/%C3%A9valuation-g%C3%A9riatrique-standardis%C3%A9e>

Stewart, M. J., Banks, S., Crossman, D., & Poel, D. (1995). Health Professionals' Perceptions of Partnership with Self-help Groups. *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé Publique*, 86(5), 340–344. Retrieved from <https://www.jstor.org/stable/41991332>

Suissa, V., Guérin, S., & Warusfel, A. (2019). Towards a personalized support necessary but complex to implement. The exemple of oncogeriatric care. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillessement*, 17(4), 357–368. <https://doi.org/10.1684/pnv.2019.0820>

SYFMER. (n.d.). *Décret implantations sur Légifrance Décret fonctionnement sur Légifrance*. Retrieved from <https://www.syfmer.org/wp-content/uploads/2022/01/20220117-Soins-medicaux-et-de-readaptation-Les-decrets-du-11-janvier-2022.pdf>

Talpin, J.-M. (2016). Être seul : avec ou sans autre(s). *Gérontologie et Société*, vol. 38 / n° 149(1), 79. <https://doi.org/10.3917/gsl.149.0079>

Taplin, S. H., Anhang Price, R., Edwards, H. M., Foster, M. K., Breslau, E. S., Chollette, V., ... Zapka, J. (2012). Introduction: Understanding and Influencing Multilevel Factors Across the Cancer Care Continuum. *JNCI Monographs*, 2012(44), 2–10. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgs008>

taylor, R. r. (2017). *MOHOST outils d'évaluation de la participation occupationnelle*. De Boeck supérieur.

Tétreault, S. (2014). Entretien de recherche. *De Boeck Supérieur EBooks*, 215–245. <https://doi.org/10.3917/dbu.guill.2014.01.0215>

Thomas, R., Hack, T. F., Quinlan, E., Tatemichi, S., Towers, A., Kwan, W., ... Morrison, T. (2015). Perte, adaptation et nouvelles directions : l'impact de l'atteinte du bras sur les loisirs après le traitement pour cancer du sein. *Canadian Oncology Nursing Journal / Revue Canadienne de Soins Infirmiers En Oncologie*, 25(1), 54–59. Retrieved from http://canadianoncologynursingjournal.com/index.php/conj/article/view/4/pdf_21

Tioti, A., Clément-Duchêne, C., & Martinet, Y. (2015). Prise en charge de l'anémie chimio-induite dans le cancer bronchique. *Revue Des Maladies Respiratoires*, 32(8), 809–821. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2014.10.734>

Tourette-Turgis, C. (2017). Se rétablir, se mettre en rémission, se reconstruire : le rétablissement comme impensé dans le parcours de soin en cancérologie. *Le Sujet Dans La Cité*, N° 8(2), 223. <https://doi.org/10.3917/lsdlc.008.0223>

Trillet-Lenoir, V. (2023). Le Plan européen de lutte contre le cancer : un modèle de stratégie internationale en santé publique. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 207(5), 636–641. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2023.03.002>

Tubiana, M. (2002). Le vieillissement : aspects médicaux et sociaux. *Comptes Rendus Biologies*, 325(6), 699–717. [https://doi.org/10.1016/S1631-0691\(02\)01482-8](https://doi.org/10.1016/S1631-0691(02)01482-8)

Verdon, B. (2009). Groupe de parole en clinique gériatrique. Fondements, objectifs et applications. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 53(2), 185. <https://doi.org/10.3917/rppg.053.0185>

Vincent, H., Caillet, P., & Paillaud, E. (2011). Prise en charge du sujet âgé cancéreux. Particularités liées aux aspects psychologiques, cognitifs et sociaux. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 11(66), 243–249. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2011.06.004>

Wallis, A., Meredith, P., & Stanley, M. (2020). Cancer care and occupational therapy: A scoping review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 67(2). <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12633>

Welford, J., Rafferty, R., Short, D., Dewhurst, F., & Greystoke, A. (2023). Personalised Assessment and Rapid Intervention in Frail Patients with Lung Cancer: The Impact of an Outpatient Occupational Therapy Service. *Clinical Lung Cancer*. <https://doi.org/10.1016/j.clc.2023.03.009>

Wilson, K., & Luker, K. A. (2006). At home in hospital? Interaction and stigma in people affected by cancer. *Social Science & Medicine*, 62(7), 1616–1627. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.053>

Yoo, G. J., Levine, E. G., Aviv, C., Ewing, C., & Au, A. (2010). Older women, breast cancer, and social support. *Supportive Care in Cancer*, 18(12), 1521–1530. <https://doi.org/10.1007/s00520-009-0774-4>

Yoo, W., Shah, D. V., Shaw, B. R., Kim, E., Smaglik, P., Roberts, L. J., ... Gustafson, D. H. (2014). The Role of the Family Environment and Computer-Mediated Social Support on Breast Cancer Patients' Coping Strategies. *Journal of Health Communication*, 19(9), 981–998. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.864723>

Table des annexes

Annexe 1- Flyer de recrutement.....	II
Annexe 2- guide d'entretien	III
Annexe 3- grille d'entretien	IV
Annexe 4- organisation du temps de soins en oncologie dans les SMR.....	V
Annexe 5- Retranscription entretien	VI
Annexe 6- abstract et résumé	XIX

ENTRETIEN DE MÉMOIRE

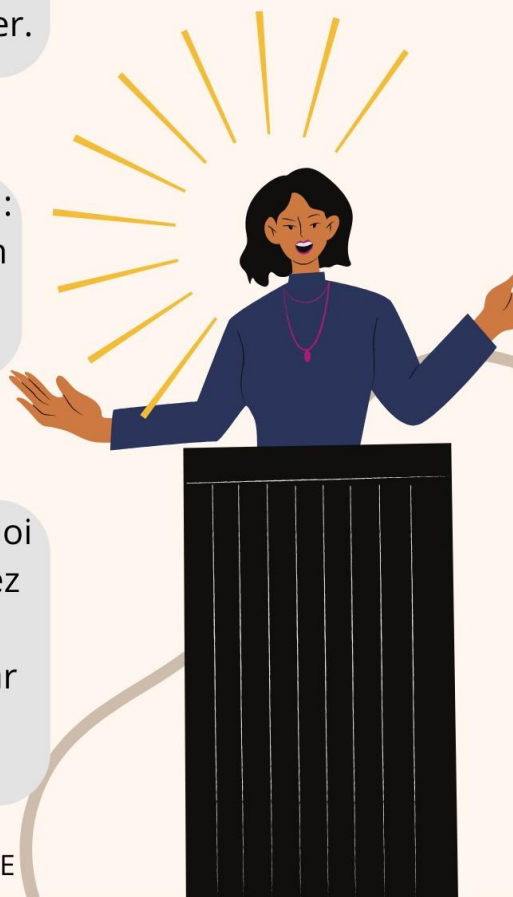
Je réalise mon mémoire d'initiation de recherche d'ergothérapie qui porte sur
**l'accompagnement de
l'ergothérapeute auprès des
personnes âgées ayant un cancer.**

Je recherche des ergothérapeutes
ayant déjà accompagnés des
personnes âgées atteintes de cancer.

Votre participation serait pour un :
entretien d'environ 40 minutes en
visioconférence.

Pour plus d'informations et pourquoi
pas convenir d'un horaire, n'hésitez
pas à me contacter par mail
camille.racon66@gmail.com ou par
téléphone au 07 66 06 29 67.

RACON CAMILLE



Annexe 2- guide d'entretien

Guide d'entretien

Introduction

1. Bonjour, pouvez-vous vous présenter ainsi que votre parcours professionnel, s'il vous plaît ?

Section 1 : *pratique personnelle auprès de patients onco-gériatriques*

2. Pouvez-vous me parler des principales actions, missions que vous êtes amené à faire auprès de personnes âgées atteintes de cancer ?
3. À quels moments de la prise en charge vous intervenez ?
4. Lorsque vous travaillez avec les patients, quelles sont les difficultés qu'ils rencontrent et à quoi sont-elles dues ?
5. Dans l'équipe pluriprofessionnelle avec qui vous travaillez, et comment vous collaborez dans vos prises en charge.

Section 2 : *investigation des concepts soutien social, et volition*

6. Pour vous, l'accompagnement sur le plan social des patients oncogériatrique est-elle un levier dans une prise en charge ?
7. En pratique, quels seraient les avantages et inconvénients à la suite d'une inclusion groupale des patients oncogériatrique entre eux ?
8. Pensez-vous que le soutien social des personnes âgées atteintes de cancer influence sa participation dans les occupations ?

Interlude et points de précision à l'interviewée :

Étant donné que la prise en charge des patients aboutit principalement si la personne est actrice et adhère à la prise en charge. Le rôle d'un ergothérapeute est aussi d'assurer un respect des éléments de volition propre à la personne.

Je me permets de préciser les termes de la volition afin d'être sûr de parler de la même chose, la volition, c'est l'ensemble des éléments propre à la personne qui vont influencer sa participation à une activité ça va donc comprendre la motivation, les centres d'intérêt, le bénéfice qu'elle en tire etc

9. Du coup, quelles sont vos stratégies pour être au plus près des choses qui les motivent et les intéressent ?
10. D'après votre expérience, les éléments de volition des personnes nécessitent-elles d'être stimulés dans un but de favoriser la participation occupationnelle ?
11. Pour la suite, que voudriez-vous mettre en place pour ses patients qui limitent leur participation occupationnelle ?

Section 3 : Conclusion

12. Avant de terminer, est-ce qu'il y a quelque chose que vous aimeriez ajouter ?

Annexe 3- grille d'entretien

Questions	Thématiques	Objectifs
Bonjour pouvez-vous vous présenter ainsi que votre parcours professionnel s'il-vous-plaît ?		
Pouvez-vous me parler des principales actions, missions que vous êtes amené à faire auprès de personnes âgées atteintes de cancer ?	Stratégies thérapeutiques et action mis en place par le professionnel	⇒ Identifier les pratiques des ergothérapeutes sur l'accompagnement de la participation occupationnelle des patients onco-gériatriques d'ici la fin de l'entretien ⇒ Rapporter les moyens mis en place par l'ergothérapeute pour la participation occupationnelle d'ici la fin de l'entretien.
A quels moments de la prise en charge vous intervenez ?		
Dans l'équipe pluriprofessionnelle avec qui vous travaillez, et comment vous collaborez dans vos prise en charge.		
Lorsque vous travaillez avec les patients, quelles sont les difficultés qu'ils rencontrent, et à quoi sont-elles dues ?	La vulnérabilités des patients	⇒ Comprendre l'état globale de santé des patients avec lequel travail l'ergothérapeute d'ici la fin de l'entretien.
Pour vous, l'accompagnement sur le plan sociale des patients onco-gériatrique est-elle un levier dans une prise en charge ?	Impacts du soutien sociale	⇒ Être capable de recenser les avantages et inconvénients du soutien social sur les éléments volitionnelles des patients âgés atteints du cancer d'ici la fin de l'entretien.
Pensez-vous que le soutien sociale des personnes âgées atteintes de cancer influence sa participation dans les occupations ?		
En pratique quels seraient les avantages et inconvénients à la suite d'une inclusion groupale des patients onco-gériatrique entre eux ?	Impacts du groupe	⇒ Repérer l'impact de la dynamique de groupe sur la participation occupationnelle des patients d'ici la fin de l'entretien. ⇒ Repérer l'impact de la mise en place d'atelier de groupe sur le soutien social du patient d'ici la fin de l'entretien.
Du coup, quelles sont vos stratégies pour être au plus près des choses qui les motivent et les intéressent ?	Impacts de la Volition	⇒ Comprendre de quelle manière l'ergothérapeute sollicite la volition des patients onco-gériatriques d'ici la fin de l'entretien. ⇒ Être capable de recenser les avantages et inconvénients du soutien social sur les éléments volitionnelles des patients âgés atteints du cancer d'ici la fin de l'entretien
D'après votre expérience, les éléments de volition des personnes nécessite-t-elle d'être stimulé dans un but de favoriser la participation occupationnelle ?		
Pour la suite, que voudriez-vous mettre en place pour ses patients qui limitent leur participation occupationnelle ?		

Annexe 4- organisation du temps de soins en oncologie dans les SMR

L'équipe pluriprofessionnelle comprend un ou plusieurs:	MK	Ergothérapeute	Orthophoniste	Diététicien	Psychomotricien	Psychologue	Orthoprothésiste	E-APA	Educateur	Aux. Puériculture	Nombre de pratiques thérapeutiques offertes par la structure dans une liste fermée	Nombre de séquences par jour ouvré dont séquence individuelle
Polyvalent											2: MK, E, D, O, Psy, PM, APA	1 indiv. ou collective
Gériatrie											3: MK, E, D, PM, O, Psy, APA	2 indiv. ou collective
Locomoteur											3: MK, E, orthoprothésie, PM, Psy, APA	2 dont 1 individuelle
Système nerveux						*					3: MK, E, O, PM, Neuro-Psy, APA	2 dont 1 individuelle
Cardio-Vasculaire											2: MK, E, D, O, PM, Psy, ETP, APA	2 indiv. ou collective
Pneumologie											2: MK, E, D, PM, Psy, ETP, APA	2 dont 1 de MK
Digestif...											3: MK, E, D, ETP, Psy, APA	2 dont 1 individuelle
Brûlés											2: MK, E, O, PM, D, Psy, orthoprothésie	-
Conduites addictives											2: psy, ETP, E, PM, D, APA	2 indiv. ou collective
Enfants ados											3: MK, E, O, PM, Psy, APA	2 dont 1 individuelle
Jeunes enfants...											3: MK, E, O, PM, Psy, APA	2 dont 1 individuelle
Oncologie Onco-hématologie											2: MK, E, D, O, Psy, PM, APA	2 indiv. ou collective

« Un ou plusieurs » *au moins un formé en neuro-psychologie

Annexe 5- Retranscription entretien

Camille : Bonjour, déjà je vais te remercier d'accepter de faire bah l'entretien.

X : Y'as pas de soucis

Camille : Donc du coup bah je me présente, moi je suis Camille RACON, une étudiante en 3e année d'ergo et je suis à l'école à Créteil.

X : OK.

Camille : Voilà ! Du coup, je te laisse te présenter et pour un peut savoir qui tu es, t'as fait quoi dans la vie et tout ?

X : Euh Bah moi du coup, je suis XX, je suis ergo depuis 2021. Et j'ai eu qu'un seul poste, celui où je suis actuellement. Donc là je travaille en service de gériatrie, je suis en SMR. Je sais pas si tu sais ce que c'est ? C'est c'est un SSR, une nouvelle version c'est transformé. Du coup en fait, je suis sur plusieurs services. Donc nous on a de l'onco, on a de la gériatrie, on a aussi de la neuro et on a un hôpital de jour où il y'a tout dedans.

Camille : Ok

X : Polyvalent, neuro et gériatrie et du coup moi je suis sur tous les services maintenant sauf la neuro.

Camille : Ok. T'as t'as beaucoup de choses à faire si tu es sur tous les services, tu dois être débordée ?

X : Ouais, du coup je suis mi-temps sur le l'HDJ, le matin je travaille à l'HDJ et l'après-midi je suis en oncogéria.

Camille : Ok, OK, OK. Et bah du coup dans ta structure comme tu as plusieurs postes du coup toi c'est quoi tes principales actions avec des patients qui sont en oncogériatrie, tu fais quoi avec eux ?

X : En fait, l'onco, c'est différencié de la géria. Fin en gros, tous les patients en hôpital, en hospitalisation complète sont de la gériatrie mais l'onco, c'est vraiment un service particulier. Et du coup moi je suis à mi-temps sur l'onco, il doit y avoir un vingtaine de lits je dirais. Oui, 20 lits. Et après la géria, j'en ai 40, 30, 30, ouais, 30. Ça fait à peu près 50 lits en tout.

Camille : Ok, ça doit faire beaucoup ?

X : Ouais c'est beaucoup, mais avant j'avais pas tous tous ces postes-là. Mais j'étais en fait, j'étais recruté en plus. Du coup quand j'ai commencé, j'étais beaucoup beaucoup sur l'onco. Et je faisais beaucoup plus de choses que maintenant parce que en fait, dans les SSR, il y a des temps dédiés pour chaque professionnel, admettons, je sais pas, un kiné il va, il va être dédié pour 20 patients en géria par exemple.

Camille : Oui

X : Donc en ergo, il considère que il y a pas de rééducation en oncologie donc du coup il met un petit temps mais normalement je suis plus censé être sur la géria.

Camille : Ok Ben ça veut dire que comme enfin si le SMR il te considère pas comme rééducateur du coup toi tu fais quoi avec eux ? T'apporte quoi ?

X : Alors du coup quand le patient il arrive, on fait l'entrée. Donc souvent moi j'y vais avec le kiné, voire des fois l'APA ça dépend. La psychomot aussi, elle vient avec nous parfois, mais pas tout le temps. Et on fait l'entrée, donc on va se présenter, on va voir un petit peu pourquoi ils sont là et après on apporte, enfin moi j'apporte un fauteuil s'il y a besoin, et des installations, des coussins de positionnement, tout ça. Après par exemple, là c'est euh je te dis avant parce que maintenant, je fais beaucoup moins de prise en charge. Tu vois sur les les 20 lits que j'ai, j'en prends une seule en charge.

Camille : humm OK

X : Faire de la rééducation, euuh. Je te dis plutôt des des préhensions globales, fines, améliorer l'autonomie, plutôt on va dire sur ce type de de rééducation-là. Mais avant, je faisais énormément de travail en binôme avec le kiné.

Camille : Ah OK ?

X : C'était souvent c'était nos patients défi, on appelait ça comme ça. En gros c'étaient des patients qui souvent soit étant un soin en palliatif, ou alors enfin chimio ou radiothérapie. Et du coup c'étaient des patients alités qu'on essayait de d'être au moins se verticaliser au moins apprendre à faire des transferts tout seul.

Camille : Ouais.

X : Ça après, on va souvent avec le kiné ou la psychomot ça dépend. Je travaille aussi beaucoup avec la psychomot, mais sur différents points. En fait au début, avec les kinés, on faisait des binômes parce que déjà pour nous c'est plus facile parce que c'est pas évident de verticaliser un patient.

Camille : C'est sûr.

X : Donc, voilà mais aussi en fait, ça apporte une dynamique différente et pour nous, mais surtout pour le patient, parce que du coup il y a on va dire une ambiance quand tu t'entends bien avec tes collègues, c'est super agréable parce que du coup il y a une ambiance différente qui pousse le patient à à s'investir dans sa rééducation. Parce qu'il y a des fois y'a des patients avec des diagnostic un peu euh Bah qui a pas trop de chance de récupérer du coup, ils ont pas trop envie de s'investir ou alors ils le font pour leur famille mais pas forcément pour eux.

Camille : Ok.

X : Du coup bah là, en y allant à plusieurs en changeant par exemple, en allant dans la salle de rééducation, en le mettant avec de la musique ou dans un ambiance qui qui l'intéresse on va dire, ça change un peu le cours de la rééducation.

Camille : humm humm, mais du coup t'as des patients presque que soin palliatif ou c'était que des patients défi entre guillemets qui étaient palliatifs.

X : Non alors ils étaient pas forcément tous palliatifs. C'est il y a quelques patients palliatifs, ça dépend. En fait, ça dépend vraiment du moment. Il y a des fois on peut avoir la moitié du service en soins palliatifs. Il y a déjà des fois, des gens qui rentrent pas en soins palliatifs et au final, qui ont des rendez-vous avec leur oncologue ect, et en fait leur leur état de santé se dégrade et du coup ils passent en soins palliatifs. Du coup, c'est un autre accompagnement, pas forcément dans la récupération, on est plutôt dans le soin de confort et Ouais, le soin de confort.

Camille : Ouais Ah parce que moi j'avais vu dans dans ce que j'avais cherché qui disait que principalement ce qu'on faisait, c'était presque que du soin de confort qu'on apportait aux patients puisqu'ils avaient plus envie.

X : Alors ça, il y a des gens qui sont soit en palliatifs parce que au niveau de leur pathologie, ça peut pas s'améliorer. Eux ils ont choisi de faire l'arrêt enfin de pas poursuivre les traitements, etc. Mais c'est pas forcément des gens alités qui peuvent plus bouger on va dire. Ça peut être des gens qui vont très bien pour le moment et au moment où il y a l'arrêt des traitements quand même, mais ils vont bien. Donc dans ce cas-là, ça peut être un objectif de récupération tout ça mais il y aura pas de .. on va dire pas d'acharnement. Si le patient un jour il a pas envie de venir en rééducation, bah c'est son choix, on va pas le forcer. Enfin dans tous les cas on le force pas, mais il y a des fois on insiste un peu plus quand il y a... là quand c'est un soins palliatif bah c'est selon déjà son envie, son humeur. Il y a plein de choses en fait en onco, c'est pas facile d'avoir une prise en charge euh.

Camille : La même pour tout le monde ?

X : Régulière ! On va dire ... Ouais. Par exemple déjà c'est difficile d'avoir un planning parce que le patient tu peux venir le chercher à 10h00 tous les matins, mais il y a un matin où il aura eu sa chimio y'a 2 jours il va pas être en forme Il préférera l'après-midi, ce genre de choses tu vois ?

Camille:: Ouais

X : En fait, pour le coup il faut vraiment être flexible. Parce que ça dépend tellement des jours que c'est un peu compliqué.

Camille : Ok et donc du coup comme tu dis ça ça dépend, c'a dépend de quoi s'ils ont mal ou Si si ils ont envie. Quand tu les vois, ils ont quelles difficultés en fait, quelles limitations ?

X : Euh C'est bah, c'est un peu difficile parce que en fait, déjà chaque professionnel va avoir sa façon de travailler. Moi on va dire que je fais maintenant on va dire je fais vraiment. C'est un peu difficile à dire, mais un peu. La priorité ?

Camille : humm

X : Tu vois par exemple, là j'ai une dame elle a 77 ans, ça fait plusieurs mois qu'elle est hospitalisée chez nous. Jusqu'ici elle avait pas de plainte, enfin elle avait des tremblements au niveau de la main gauche mais y avait pas forcément de plaintes. Sauf qu'enfaite la, plus le temps passe et plus elle a envie de rentrer chez elle et plus ses tremblements la gêne dans son quotidien du coup.

Camille : Oui

X : En cours de rééducation enfin en cours de ce séjour, on me l'a prescrit. Mes collègues m'ont dit bah là il faut vraiment que tu passes la voir, essaie de faire un bilan pour évaluer. Effectivement, il y a des gros tremblements donc on on essaie de de travailler sur la fluidité du geste, le contrôle des mouvements involontaire. Adapter un petit peu son quotidien puisque en fait heum elle a du mal à à manger parce qu'elle envoie tout voler, dut à ses tremblements. Du coup je suis passée dans une chambre, je lui ai donné un peu de d'antidépant. Après elle a fait une sortie un week-end chez elle, une permission en gros, des fois ils ont .. ils peuvent avoir des permissions, passer le week-end chez eux et revenir. Donc dans ce cas-là, moi je l'accompagne en disant qu'est-ce .. comment c'est chez vous ? Est-ce qu'on peut voir en amont, On discute un petit peu de l'état du domicile, comment elle va rentrer, etc. Et le weekend, c'est le moment d'essayer un petit peu, de faire tout ce qu'elle a envie pour qu'on voit en rentrant qu'est-ce qui est difficile pour elle ? Pour l'accompagner pour le retour au domicile.

Camille : Ok.

X : Donc après tu vois ça peut être euh, bah en fait c'est on a tellement de champs de possibilités que ça peut être difficile. Bah juste améliorer l'autonomie dans les activités de vie quotidienne. Souvent les travail de préhension, dextérité, sensibilité, aussi, mais c'est pas évident parce que souvent ceux qui font de la chimio ils ont des troubles de la sensibilité au niveau des douleurs neuropathiques. Et ça c'est un déjà, c'est très très long la rééducation de la sensibilité Mais là en gros, ça dépend tellement du traitement que des fois on peut travailler Enfin, je dirais pas dans le vide. Mais voilà, en fait on sait pas Trop du coup Ben des fois on essaie mais tant que la Chimio sera pas arrêter, Ben il y aura toujours ces problèmes enfaite. Après, on peut travailler, on peut aussi travailler les transferts, mais ça plutôt je le fais. Avec. Kiné, souvent, c'est. Plus facile de le faire. et Je te dis, ça amène une énergie différente. Et après, il y a vraiment le côté soins palliatifs ou plutôt fin de vie.

Camille : humm

X : et Du coup, là c'est vraiment L'accompagnement en fin de vie, ça, je le fais plutôt avec la psychomot. Et là ça passe par l'installation, le positionnement, passer plusieurs fois dans la journée pour voir si ça va, si il faut pas changer de position, s'il a besoin qu'on apporte, je sais pas moi. De la musique ou ce genre de chose ça. Du coup on le fait un peu ensemble avec la psychomot parce que souvent quand ils sont en fin de vie, il y a des douleurs, il y a des bah il y a. Escarres. Y a ce genre de choses et c'est plus facile de mobiliser à 2.

Camille : c'est sur, Mais bah comme tu dis ils sont encore en en traitement et du coup moi dans mes recherches que j'avais vu bah déjà en fonction en fonction du type de traitement qu'ils ont si c'est opération, chimio ou quoi déjà ils vont avoir plein d'autres choses déjà. Bah comme tu as dit les tremblements que ce soit moteur mais le cognitif aussi. Il dit j'ai vu qu'il était impacté. Et. En fait j'imagine la complexité de la prise en charge, en fait c'est vraiment au cas par cas selon ce que l'un présente qu'on essaie de lui apporter quelque chose. Mais donc du coup quand même, est-ce que par exemple t'arrives à faire des des genres de catégories ? Patients. On dont on dans ton service, genre tu vois que ce gars-là, ils sont plus comme ça, d'autres comme ça et donc t'as. À peu près. Guide de façons de faire en fonction des personnes.

X : C'est c'est difficile d'établir un groupe de patients. Après ouais, c'est tellement différent, ça peut tellement être. Puis notre métier il est pas. Enfin je veux dire, il est tellement extensible on va dire. On peut faire tellement de choses que tu vois ça, ça peut passer aussi de Les installations en fauteuil, ça peut passer aussi. Il y en a qui ont bah des méta osseuses, etc , et du coup ils ont des corsets donc qui vont pas. Il y a aussi. Bah souvent quand il y a les corsets, c'est pas nous qui faisons directement les modifications. On appelle la personne qui les qui les a faits. Il y a des fois tu vois, ça fait des points d'appui parce qu'ils ont perdu du poids ou au contraire on sait rare quand ils en prennent, mais. Et du coup on essaie de bricoler, un peu comme on peut mettre des mousses, etc, mais c'est pas toujours évident donc. Je sais pas si on Peut dire que Il y a des catégories de patient. on va dire Il y a des Catégories De prise en simple

Camille : ok

X : ça peut être. Les prises en charge au niveau du membre supérieur par exemple, on peut dire ça. Après, on va dire qu'il y a des prises en charge au niveau du positionnement de l'installation des soins de confort du coup ?

Camille:: Ouais.

X : Et après, il y a des. Des prises en charge. On va dire pour tout ce qui est transfert. Ouais, on va dire tout ce qui est transfert et reprise de la marche. Parce que des fois aussi il y a des patients qui

reprennent la marche. C'est pas forcément notre travail à proprement parler, ça peut participer mais c'est plutôt le boulot du Kiné. Sauf que c'est tellement difficile de faire tout seul parfois.

Camille : que vous faites le travail en binômes, et puis après comme t'as dit, c'était votre votre, votre dynamique d'équipe, Bah ça les motive encore plus.

X : Voilà. Oui parce que moi je sais que dans mon service en tout cas entre Bah on est souvent tous les 3 la psychomot, le kiné et moi. C'est vrai ? S'entend tellement bien que pendant les séances on peut. Tu vois, on peut se se taquiner, se se clasher un peu en intégrant les patients et du coup en fait au lieu de penser à la douleur qu'ils ont en marchant, au lieu de penser à la difficulté de ce qu'ils sont en train de faire, bah ils participent y en. Qui ? Qui nous clashent aussi en retour ou il y en a qui tu vois qui ? Des fois, on a des petits débats et on les intègre. Et en fait du coup, ça fait. Ben ça fait passer le temps.

Camille : oui ça fait Passer le temps, ça fait diversion sur la douleur en même temps. en fait il y a des trucs j'aurais pas pensé faire ça dans ce but-là mais finalement c'est vrai Genre. si on si on fait rire le patient, bah pendant cet instant-là en tout cas il a pensé à autre chose. Et bah C'est un moment de gagner, en tout cas pour lui, entre guillemets, et ça facilite même la prise en charge finalement.

X : Ouais, parce qu'il y en a un qui refuse. Je refuse systématiquement à chaque fois que tu rentres. La Chambre, et Passes une fois 2,3 fois et des fois nous on passe dans la Chambre, on discute entre nous des fois ? le patient, est là autour de nous, on discute. Nous des Fois on l'intègre et tout dans la conversation, dans le débat du du moment. Et puis au final, plus on va venir tous les jours, plus en fait le patient il va se dire Bon Ben en fait. Ils m'ont dit qu'elle passerait, ils repassent vraiment. Peut-être que je pourrais donner un petit peu. Donc on va réussir à l'asseoir au bord du lit. Il va être fatigué donc on va revenir le lendemain. Et puis au final, il peut y avoir une relation qui va se créer et c'est ça qui va faire que le patient va vouloir participer à sa rééducation.

Camille : Ok, j'aime bien, comment c'est pensé en fait ? Et du coup pour la prochaine question je me dis que justement le fait de un peu appâter le patient et tout pour qu'il bah qu'il soit en accord avec un peu le projet de soin. Toi est-ce que t'as déjà vu ? Bah avec tes interventions à toi que ça a fonctionné, le patient il a vraiment augmenté ses capacités, qu'il est gagné en autonomie, en participation occupationnelle et tout.

X : Oui alors après c'est pas qu'une seule intervention, c'était pas que la nôtre, ça peut souvent le kiné et puis il y a des patients, ils vont faire que avec nous par exemple, Ben en fait il y en a qui sont un peu malins tu vois. Par exemple en ce moment il y a une patiente, moi je la suis pas, mes mes collègues la voient, elle refuse catégoriquement d'aller au fauteuil, quand c'est les soignants, elle dit que ce serait avec le Kiné, donc un kiné il passe, il faut qu'il négocie, il négocie mais au final elle accepte.

Camille : Ouais.

X : Tu vois, ça dépend, ça dépend. Après, est-ce qu'il y a des patients ? Ouais, ça m'est déjà arrivé d'avoir une patiente qui refusait toute la rééducation En fait elle était dialysée (souffle) 3 fois ou 4 par semaine je crois. Elle était vraiment fatiguée elle elle en pouvait plus et à force de bah de de venir dans sa chambre et de l'embêtait un peu on va dire. Au final elle a commencé à rigoler un petit peu avec nous puis à accepter un petit peu près on a pas eu Des des évolutions spectaculaires, Elle a réussi au moins à se mettre debout et à faire le transfert toute seule. Néanmoins, elle le faisait et volontaire enfin. De de sa propre initiative, des fois elle disait, Bon, allez, on y va ou on recommence, on essaie encore une fois et tout. Alors qu'au début, elle était plutôt apathique Quand on est arrivé, tu vois ? Après, ça peut être nous, mais ça peut aussi être la. Et y a des. La famille, elle peut être un. Un soutien. Mais elle peut aussi être un frein parce que des fois, les patients, ils peuvent le faire parce que leur

famille leur dit Oh c'est bon, maintenant faut y aller et tout, faut que tu te bouges, t'es là pour ça, machin. Et le patient, il. Le faire par dépit mais du coup il va pas avoir envie quoi.

Camille : OK.

X : ça motive les gens parce qu'ils ont envie de rentrer. Eux et tout, où ils Veulent faire plaisir à leurs enfants, mais. Des fois ça peut aussi être l'inverse et ils peuvent se renfermer sur eux-mêmes parce qu'ils ont pas envie qu'on les force à faire quoi que ce soit.

Camille : Ouais donc en fait le fait de d'aller à son rythme, toi dans ta prise en charge par exemple, comme tu as dit le kiné qui installe la patiente, c'est un peu aller à son rythme pour qu'au final elle puisse bah prendre des initiatives et y aller à son à son rythme pour qu'elle qu'elle devienne autonome en fait.

X : Ouais. Je dirais que c'est surtout la relation de confiance qui va, mais ça après c'est pas forcément en onco, c'est plutôt. C'est c'est dans (souffle), c'est tous les patho. Ouais, en onco c'est Ben ça peut arriver aussi parce que ils ont. Y a quand même c'est pas facile hein Onco de travailler. faut avoir le cœur quand même bien accroché. Y a des gens qui peuvent aller très très bien et tout d'un coup complètement dégradés et tu vois la personne partir devant tes yeux alors que t'avais un projet de retour à domicile, t'avais travaillé sur beaucoup de choses. Mais. Mais ça c'est dans bah, c'est dans. Les services, surtout en gériatrie.

Camille : Et t'as beaucoup de patients qui retournent à domicile ou bien pas trop ?

X : En onco, il y en a quand même pas mal, il y en a pas mal. Après Gériatrie, c'est. C'est moins fréquent on va dire, mais il y en a, il y en a après. À domicile, il y a des gens qui il y a des gens qui sont très autonomes. En repartant de chez eux, ils peuvent te faire un 2 km de marche à une bonne allure, etc. Mais souvent c'est pas des patients que moi je suis. Après je vais m'occuper du retour à domicile de tous les patients. Peu importe s'il y a besoin de quoi que ce soit, je vais je vais faire un petit entretien pour voir un petit peu. Il y a quand même Des retours à domicile ? Après, ça dépend de l'âge et de la pathologie surtout. Donc Ouais. C'est un peu difficile de répondre à toutes tes questions parce que c'est tellement aléatoire en oncologie que

Camille : Non mais en fait, moi si tu veux, quand j'ai choisi ce sujet-là, c'était parce que mon entourage y avait ma voisine qui avait eu le cancer Ensuite y a eu la collègue de ma mère et plusieurs d'autres personnes et finalement ils avaient pas du tout la même façon D'être tu vois. Et pourtant ils sont tous passés par la case chirurgie et tout chimio. Mais y en a qui vont bien, y en a qui sont moins bien, y en a qui arrivent pas à reprendre même en rémission enfin c'est vraiment aléatoire. Du coup c'est pour ça que même dans mes critères de de sélection j'ai pas vraiment spécifié parce que les c'est c'est tellement aléatoire

X : Bah c'est c'est ça et ça peut être aléatoire. Mais sur la personne et aussi sur le moment tu vois là j'ai une dame, je la suivais pas particulièrement mais on avait fait un groupe, parce que je fais des groupes relevés de sol avec la psychomot aussi.

Camille : Ok.

X : Et on avait fait un groupe relevé de sol. On avait elle m'avait envoyé des photos parce que en fait, c'était une dame assez jeune, je sais pas, elle devait avoir. Elle doit avoir 65, 70 ans peut-être. Quand elle est arrivée, elle était vraiment en forme, elle faisait des exercices, elle faisait ses séances de rééducation. Elle se plaignait quand même d'une plainte mnésique, mais. C'était correct quoi. Enfin elle était, elle était plutôt en bon état, elle venait pour récupérer un peu l'endurance pour rentrer chez elle parce qu'elle habitait seule et au premier étage sans ascenseur si je me trompe pas.

Donc elle voulait au moins réussir à monter les escaliers pour rentrer chez elle. On avait tout préparé, elle avait une baignoire donc j'avais conseillé en aide technique. Elle voulait absolument commander le siège de bain avant de rentrer chez elle un mois ou 2 avant de rentrer, elle l'a installé. Tout, elle faisait des dessins de tout parce qu'elle se souvenait pas de tout, en fait elle faisait des dessins de tout ce qu'elle faisait en rééducation. elle dessinait le thérapeute, elle et les exercices qu'elle faisait, tu vois ?

Et en fait. Jour. Elle a juste eu je sais pas, elle avait une marque ici sur le front et en fait à partir de ce jour-là bah elle s'est dégradée de pire en pire. Et là, on attend la fin de vie.

donc en fait quand à l'arrivée c'était une dame qui était pleine de bonne volonté, pleine de elle disait bon bah voilà, je sais que j'ai un cancer, que ça va pas guérir parce que voilà c'est assez invasif. Mais voilà, j'ai quand même le but de j'ai quand même le projet d'aller visiter des musées avec ma sœur. Enfin. J'ai. J'ai plein de choses à faire qui me restent encore. Voilà, je sais. Que. Difficile, mais je vais rebondir et puis on va. Aller quoi ? Et Ben. Du coup, là, c'est une toute autre personne. Du coup, Ben. Heureusement, la relation qu'on avait créée avec elle fait que Ben on a quand même une accroche. Elle, ce qui fait Pour. Je dirais pas pour nous, mais elle, elle tient quand même à à faire le plus de choses possibles on va dire. parce ce que Elle a pas été aidée dès le début. Je sais pas si tu vois ce que je veux dire.

Camille : Si, si, si, si.

X : mais d'un côté. la capacité diminue et elle a pas le choix et. Et voilà. tu vois donc en fait ça dépend vraiment de la, de la personne, de comment elle vit la situation. De son entourage et puis aussi de son état de santé si ça se dégrade ou Pas Ça, malheureusement, ça peut se. Du jour au lendemain.

Camille : Et donc du coup-là tu as parlé d'entourage et tout. Mais est-ce que toi tu penses que l'accompagnement sur la dimension sociale avec les patients, ça, ça peut être vraiment un levier pour la prise en charge ?

X : C'est quoi que t'appelle l'accompagnement social ?

Camille : Bah la enfin quand tu prends en compte tout ce qui est social pour lui, donc ça veut dire soit sa famille, soit. Comment il est vu par les autres, enfin l'aspect social, comment lui, il interagit. Les autres ?

X : Ben oui, ça c'est un enfin ça a forcément un impact dans la prise en charge. Et dans l'état de la personne ? on peut même dire Émotionnellement, parce que il y a des gens qui sont très seuls mais qui ont toujours été très seuls et qui le Vivent très bien. Il y a des gens qui sont qui ont toujours été accompagnés, mais par exemple là enfin ils sont malades, ils sont isolés. Ben ils sont pas forcément en contact donc ça peut avoir un effet négatif tu vois, ils peuvent enfin. Et il y en a 2 où leur famille sont très présentes et du coup ça leur remonte le moral. Tu vois là j'ai une dame. Bah justement cette dame qui devait rentrer chez qui devait rentrer chez elle avec les tremblements là. elle Par exemple, sa famille vient tous les jours la voir. et elle me dit. Bah franchement heureusement qu'ils sont là parce que la journée elle est tellement longue et elle Est vraiment dans une bonne dynamique. Elle sait qu'elle est atteinte d'un cancer qui progresse et que voilà, elle pourra rien faire de plus. Mais elle veut profiter de ses derniers instants et le fait que sa famille soit très présente. Bah ça la soulage et ça on va dire ça l'allège un peu.

Par contre il y en a une autre. Sa famille elle était très très très très présente. Et bah elle l'est toujours d'ailleurs. Et en fait quand on est avec elle, elle dit mais J'ai des visites mais qui durent tout l'après-midi, c'est tous les Jours, mais j'en peux en fait. j'ai envie qu'on me laisse tranquille. Et il y a cette,, cette ça dépend aussi. De la façon dont. Il gère la situation parce qu'il y a des gens qui supporte pas

que leur famille les voit dans un tel État ou enfin on si Peut dire ça comme ça. parce que là tu vois la dame qui en a marre, elle se dégrade énormément, elle arrive quasiment plus à se lever et souvent tu vois, c'est les Patients, enfin.

Je vais pas faire de généralités mais c'est ça peut arriver que ce soit les patients ou tu vois par exemple c'était bah la maman de la famille ou la mamie de la famille. Elle portait un peu toute la famille à bout bras et puis là c'est le pilier qui s'effondre Et du coup bah les Gens ils Veulent être là Pour elle comme elle a été pour les autres. Mais elle de renvoyer cette image et que les gens aient pitié d'elle un peu. C'est insupportable pour elle et c'est et c'est un effet négatif sur sa prise en charge parce que elle veut qu'une chose, c'est mourir en fait.

Camille : Ok, à aucun moment j'avais envisagé, que quelqu'un pourrait voyait en mode pitié. Enfin c'est intéressant D'avoir un Retours du terrain en tout cas.

X : T'as dit quoi ?

Camille : C'est intéressant d'avoir un retour de toi sur les terrains parce que jamais j'avais envisagé qu'une personne aurait-elle l'aurait. Elle aurait moins apprécié être entourée par sa famille parce qu'elle se voit en tant que faible entre guillemets.

X : Ouais. Ben c'est ça. Et puis aussi c'est l'image qu'elle renvoie en fait souvent ils disent qu'ils veulent pas être un poids pour leurs enfants ou pour leur famille, ça c'est et c'est vraiment quelque chose d'insupportable. Et il y a des fois il y a des gens qui sont hyper désagréables tu vois quand leur famille elle est là, ils font que de les envoyer chier. Enfin désolé pour le terme mais ils sont hyper, ils sont hyper aigris et tout mais parce que en fait. bah y'en a c'est des mécanismes de défense Ou en fait plus Ils vont être méchants. Moins les gens vont avoir envie de venir les voir et tu vois ce que je veux dire ?

Camille : Ouais, donc plus ils auront la paix

X : la paix Entre guillemets, ouais. C'est pas forcément qu'ils ont pas envie de voir les gens, mais c'est qu'ils ont pas envie d'être un poids et ils ont Pas envie de faire souffrir leur entourage, quoi.

Camille : Du coup est ce que toi tu penses que dans la pratique au quotidien, est-ce que pour pallier à cet effet d'être affaiblis devant la famille, enfin qu'il ont pas envie de se montrer à leurs proches comme ça.

X : Vulnérables ?

Camille : Voilà, c'est le mot ! Qu'est-ce que tu penses de faire un groupe parce que tu as dit que t'avais été un groupe relevé de sol. Est-ce que cet effet de d'inclure les gens dans un groupe ? Ben ça a un avantage et ou des inconvénients parce que rien devient tout seul en fait donc euh.

X : C'est les 2 ? Ça dépend. En fait c'est toi en fonction de comment tu vois un peu tes patients. Comment tu d'abord tu peux pas inclure quelqu'un dans un groupe tout de suite. Il faut d'abord que tu crées une relation de confiance. Tu apprennes à connaître la personne avant de savoir si tu peux la mettre Dans un Groupe et si oui, quel groupe ?

Parce que nous après, c'est vrai qu'on aborde, tu vois ? par exemple Pour le groupe relevé de sol, et tout. On aborde Quand même des choses qui sont très personnelles. On aborde le domicile, l'entourage, la façon dont on met en situation les personnes pour se relever du sol. Donc des fois c'est mettre en échec les autres. Enfin ça peut être mettre en échec devant le groupe.

Et il y a des gens qui peuvent se dire bah selon l'activité, je sais que ma collègue psychomot a fait. Groupe Wii aussi. Ils sont quelques quelques patients, ils ils font de la Wii pour travailler l'équilibre.

en fait, il y en a, toi Tu penses que ça va être une bonne chose pour eux. Mais en fait eux ils vont passer la séance à se Comparer aux Autres et à se dévaloriser donc là c'est pas bon.

mais par contre il y a des fois Il y a. Gens pour le coût qui refusait toujours la rééducation et tout et de les mettre en groupe. Ben avec des patients qui croisent souvent dans le couloir, ou tu vois par exemple les APA, eux ils font plutôt des séances de groupe alors même si c'est pas les mêmes exercices pour tout le Monde, souvent, ils prennent les patients à plusieurs, Ben là il crée quelques affinités et du coup de d'être en groupe, ça va Élever un petit peu. Bah ça va permettre aux patients de participer un peu plus et d'être plus acteurs de sa rééducation.

En fait, ça dépend vraiment du tempérament et ça dépend vraiment de la pathologie. C'est pas évident de mettre des de faire des groupes en onco parce qu'il peut y avoir tellement de disparités. Tu vois par exemple quand tu fais un groupe relevé de sol, tu peux pas mettre quelqu'un qui va se relever en 2 secondes et quelqu'un tu sais, il va avoir des difficultés parce que là tu es sûr que ça va mettre en échec celui qui va moins bien ou alors celui qui va bien de se dire putain, je peux être dans cet État comme ça tu vois. des fois ça peut créer des Malaise aussi Je sais pas Si j'utilise les grands termes, mais.

Camille :Après, je comprends Plus c'est vulgarisée et plus je comprends.

X : Mais ouais c'est en fait c'est difficile. Bah en fait c'est ajuster tout le temps et puis de toute façon tu vas tromper dans Ta pratique, il y a plein de Fois où tu Tu te dis tiens, je vais essayer ça, ça va aller au final, ça va pas du tout et la T'as l'aire Bête, mais tu trouves une autre solution pour rebondir et...faire au mieux ?

Camille : Du coup, est-ce que tu penses que.. Est-ce que tu penses que le soutien social entre ces patients-là ? Eh Ben ça peut influencer la participation dans les occupations.

X : Dans les occupations, tu veux dire au quotidien ou dans la rééducation ?

Camille : Au quotidien

X : Bah en fait c'est difficile parce que nous on est en centre de rééducation et du coup la participation dans les occupations en fait là tu vas avoir que le repas, après ils sont dans leur chambre, alors il y en a qui sont en capacité de se déplacer, etc et qui passent de chambre en chambre et ils ont des petites affinités entre eux et du coup ils peuvent quand même passer Pas mal de temps ensemble.

Camille : Hum hum.

X : Et là oui, du coup ça a un effet. Y'a un effet Magnifique. Mais c'est pas comme un lieu de vie, un EHPAD ou dans ce genre de chose où t'as des activités en commun, etc. Là c'est vraiment ta rééducation et les journées sont vides. Quoi. T'as juste certaines personnes qui descendent au restaurant le 12h00 et pas ? Le monde, tiens, donc à part les séances de rééducation, Ben Pas grand chose ?

Après ça peut avoir un impact. Par exemple quand tu vois il y a 2 patients qui passent plusieurs séances de rééducation ensemble, elle crée des affinités etc. Il y en a une qui disant Bah moi j'arrive à faire ça toute seule ma toilette le matin etc. Par exemple, je fais mon lit, ce genre de choses-là, ça peut influencer sur la participation dans les activités vie quotidienne de l'autre patient qui du coup va se dire bah mince, lui il arrive à faire ça ? Moi pourtant voilà quoi, je je pense que. Je pourrais y Arriver aussi, donc je vais essayer. Y a des gens qui sont en Chambre double. Du coup qui se qui s'aident l'un

et l'autre, Tu vois il y en a un qui a des capacités plus plus réduites, bah il va aider l'autre et du coup l'autre va se dire bon bah. C'est vrai que je vais essayer de participer pour que elle, elle m'aide Moins, tu vois ?

Camille : mm OK.

X : Ca peut Avoir un effet comme ça mais ça peut aussi avoir l'effet contraire dans le sens si il se compare ça peut ils peuvent se dévaloriser et se dire bah mince elle y arrive et pas moins et. Je suis nulle, quoi ?

Camille : ouais Ça, c'est moins bien, pour le coup

X : Mais il y en a, il y en a qui utilisent. Moi j'avais un petit Groupe de de de petites mamies, elles étaient toutes en bah du coup je les prenais ensemble en Rééducation. Elles parlaient parce qu'en plus on est face à face, je les mettais face à face sur les tables et en fait elles discutaient entre elles et du coup elles disaient Bon bah alors votre votre objectif ça va être d'essayer de participer plus à votre toilette demain hein ? D'accord ? on fait on se dit on se dit après-demain celle qui a réussi à faire le plus de choses, etc, tu vois.

Camille : Ouais, OK.

X : Mais encore une fois, c'est ça dépend du temps.

Camille : Faut bien connaître ses patients.

X : Ouais et puis y a des fois y a des gens, tu les mets ensemble parce que genre là tu vois y avait 2 dames qui avaient des troubles cognitifs. Elles cherchaient De la présence du matin, enfin, elles criaient un couloir, tout le Temps et Tout.

On s'est dit, tiens, on va les mettre ensemble, ça peut être une bonne Idée, très mauvaise idée. C'était elle se faisait la guerre, genre elle c'était pas du tout contente d'être dans la même chambre et on les a mis juste pour qu'elles puissent parler. Je sais pas à 01h00 quoi, on a rapproché. Bah non, non c'était très mauvaise idée.

Camille : Parfois ça marche, parfois ça casse hein. On peut pas prédire en fait.

X : Ouais, donc ça peut avoir un impact, mais ça peut aussi avoir le l'effet inverse.

Camille : ok, donc tu me parlais de tes patientes qui se challengent, je voulais savoir comment tu utilises la volition. Déjà Est-ce que tu sais ce que c'est la volition ?

X : C'est c'est dans quel modèle ? Ça

Camille : c'est dans le MOH

X : Je crois qu'en plus j'avais fait ça à mon mémoire, je sais plus.

Camille : OK, donc en fait la volition c'est tout ce qui va influencer sur la personne. Mais tout ce qui est interne a elle, ça veut dire ça va être ses intérêts, sa motivation, ce qu'elle en tire de faire quelque chose, c'est vraiment tout ce qui est propre à elle, donc un peu la motivation.

X : Ouais.

Camille : Et Les bénéfices qu'elle en tire à faire la prise en charge donc. maintenant, qu'on D'accord sur Ce que c'est que la volition, euh toi Quelles sont tes stratégies pour motiver la personne à venir en en en séance ou bien même à à faire ses activités dans la Chambre ? Comment t'essayes de La motiver ?

X : Ben en faisant bah déjà en faisant bah tu fais ton bilan d'entrée pour savoir un petit peu déjà quelle est son autonomie. Quelles sont ses difficultés ? Et surtout, quels sont ses objectifs à elle ? Pourquoi aller ici et pourquoi ? Pourquoi ? Qu'est-ce qu'elle veut ? C'est quoi ses objectifs principaux on va dire ?

si y'A pas que ça, si la personne et te dit moi je veux rien faire bah tu peux déjà repartir Parce que Y a des fois où ça va être l'apathie. Du coup, va falloir un petit peu. Je vais pas dire forcé parce que C'est pas le mot, mais Insister pour que Elle se rende compte que c'est pour son bien. Mais si y A une personne qui dit c'est pour ma fille veut absolument que je sois là moi je Sais pas pourquoi Je suis là, ça va être déjà une galère, ça va être déjà difficile et voir, tu sauras déjà que ça va être compliqué.

Après, il y a des gens qui savent pourquoi ils sont là, qui sont Très au clair sur leurs objectifs et du coup qui savent très bien pourquoi ils sont là et là du coup bah c'est eux eux-mêmes qui vont participer hein qui vont pas tu vas pas avoir de soucis. Après ce qui peut être difficile c'est d'expliquer un peu les intérêts des exercices.

X : Nous comme On a plein de jeux. Il a dit Ah super on va jouer, non tu vas, tu vas pas jouer, on va pas venir ici pour jouer à chaque fois il faut que tu répètes l'objectif mais des fois en fait des fois, tu fais exprès de pas répéter l'objectif parce que toi tu sais ce que ça va faire vas faire Travailler la personne, ça c'est plutôt quand ils sont pas motivés. La personne elle vient elle Se dit super, on va jouer. Toi, tu sais ce que ça te fait travailler mais, si tu lui dis bon, on va travailler un peu pour améliorer la force Que vous avez Dans les mains ou les préhensions, elle s'en fout. Si tu lui dis on va faire cette petite activité ? ben Elle, elle vient pour une autre chose.

Camille : Ça l'attire mieux, en fait.

X : Ouais en fait là aussi tu t'adaptes à la personne les. Personnes qui sont très Motivées, Ben. Ça sans problème, hein. T'auras pas, t'auras pas de souci. Ce sera même enfin même eux. Des fois c'est à toi de dire Bon Moi je vois ces objectifs-là. Qu'est-ce que vous en pensé Est-ce que vous voulez qu'on travaille autre chose. Et des fois, il y en a d'autres par exemple, tu vois en hôpital de jour où ça peut m'arriver aussi qu'il y ait des patients onco. Qui ont discuté Avec plein d'autres personnes, des plus jeunes ou des Plus vieux qui Se disent bah, elle m'a dit qu'elle travaillait ça, est-ce que je peux Le faire moi Aussi, donc il y a des fois c'est juste par amusement, il y a des fois il y en a qui ont vraiment Compris l'intérêt et du coup, qui ? Mais ça encore. Bah du coup ça rejoint un peu tes questions d'avant.

C'est. Un. Peu sur de l'entourage, l'entourage social et la motivation. Si les gens, ils savent pourquoi ils sont là. Bah y a pas besoin de trouver des stratégies on va dire. Après t'as tout, tu peux avoir des motivations différentes en fonction des activités que tu proposes et des machines. Nous on a beaucoup de machine Enfin beaucoup, Y en a pas mal et des fois, pour les personnes âgées, ça marche peut-être un peu moins bien, mais pour les personnes un peu plus jeunes, ça, ça, ça fonctionne très bien.

Camille : C'est quoi comme machine

X : En fait c'est des machines qui vont supporter, Tu vois les potences

Camille : ouais.

X : Bah en fait c'est un peu le même principe que la potence, sauf que ça va être un exosquelette avec des capteurs reliés à ton bras et différentes parties du corps. tu vas avoir un ordinateur relié à ça et tu vas avoir des petits jeux genre style Mario Bros, enfin c'est pas Mario Bros mais c'est ce genre de d'activités là. donc tu fais des jeux mais tu fais travailler ton membre

Camille : Mais donc du coup j'imagine moins bien pour les personnes âgées vraiment plus âgées ?

X : Y en a qui il y en a qui adhèrent mais tu vois comme c'est pas encore la génération, ils comprennent pas toujours très bien. Il y en a où ils ont des petits enfants. Ils sont bien entourés, et cetera. Et ils sont en capacité de comprendre parce qu'ils ont déjà vu un petit peu ce genre de truc avec les PlayStation ou tout ça suit, mais il y en a ça les intéresse pas du tout. Et tu vas le voir très vite. Mais ouais voilà, c'est c'est des petites stratégies après. Tu vois.... en fait tu étais toujours obligé de redoubler d'imagination. C'est soit il adhère par leurs propres convictions et par leurs propres Enfin c'est leur propre projet de vie qui les amène à se motiver. Mais après ça dépend l'âge qu'ils ont parce qu'il y a des gens si ils ont 95 ans. ils ont juste envie qu'on leur foute la paix, quoi. ce Qui est compréhensible aussi.

Camille : Mais donc du coup ? Toi avec toute l'expérience que t'as acquise en plus t'es dans le même dans le même lieu donc je pense que au niveau onco c'est ton domaine. est-ce que tu penses qu'il est important dans certains cas de la stimulation, Bah dans la limite du raisonnable. Mais est-ce qu'il faut quand même les stimuler, leurs motivations, leur intérêt ? Enfin stimuler en en mettant un truc qu'ils aiment pour que vraiment on les attire en ergo.

X : Oui, oui, oui, oui, ça oui, tu peux toujours. Mais après, dans la limite. De la bienveillance quoi ? Si c'est de temps en temps, ils ont pas envie de venir ? Si après tous les jours il y en a qui en fait c'est ça dépend encore de la personne parce qu'il y a des fois il y a des fois c'est un un espèce de petit jeu, tu vois, ils ont envie de commander, il y a là où tu vas venir les voir tous les jours à 14h00, Bah non En fait, eux ils veulent que tu viennes à 14h15 Tu vois, donc c'est eux qui vont décider Après, il y en a où ? Y en a où tu tu essayes de motiver, tu insistes un peu, tu repasses à plusieurs reprises pour euh Parce qu'ils sont là pour ça hein ? Soit mais mais y en a, c'est pas leur objectif à eux, c'est l'objectif de la famille.

Camille : Ouais

X : donc oui, il faut Insister parce que bon le patient il ne sait pas, des fois il est des fois aussi il y a des troubles cognitifs qui font qu'il est perdu et à ce moment-là il est pas disponible. Mais c'est à toi de t'ajuster d'essayer avant de on va dire lâcher l'affaire. faut que t'essaies d'ajuster en fonction un petit peu Bah des horaires si il est Plus, si il a plus envie de travailler le matin, plus l'après-midi. S'ils préfèrent que tu sois avec le Kiné pour commencer, tu vois ou alors toute seule, ou peut-être plutôt dans une salle Privée ? Parce que regarde les autres le gène ou ce genre de choses ou alors à toi de t'adapter, de faire une séance en chambre si la personne elle veut pas sortir de la chambre Tu vois, mais après tu restes raisonnable dans la limite de la bienveillance tu peux pas si la personne elle te dit non tous les jours et que c'est non négociable mais c'est laissez-moi. Je. Veux pas, Bah tu peux pas forcer.

Camille : C'est sûr, on va le laisser tranquille.

X : Ils sont très clairs Hein ? Quand c'est non, c'est c'est non. Il y a des gens qui font exprès de dire Ah non je veux pas reviens demain ou genre ils te regardent comme ça du coin de l'œil en mode.

Camille : Insiste encore un petit peu.

X : voilà, ça c'est un peu voulu parce que il se joue un petit peu à ce jeu là, ils ont envie d'être important pour la personne et Qu'on soit vraiment dispo ? Pour eux, mais il y en a, c'est très clair Que c'est non tu peux pas forcer.

Camille : Et du coup là si on arrive à la fin de de l'entretien, toi pour la suite ? Qu'est-ce que tu voudrais mettre en place pour les patients qui ont une participation occupationnelle soit dans la vie de tous les jours soit à l'hôpital qui est limitée ? Qu'est-ce que toi t'aimerais mettre en place pour vraiment les. Enfin pas les remotiver mais leur redonner envie de favoriser leurs participation

X : Bah c'est un Peu difficile parce que ça dépend quand même ça. Très personnel, donc, et puis si ils sont chez eux. Tu as aucun moyen de, ils peuvent te dire oui, oui, je vais faire ça. si, tu l'ai suis pas. Ils vont te dire oui, Et puis chez eux, ils vont rien faire, tu vois ?

Camille : Ouais.

X : Faut vraiment peut être bah Tout jouer sur la relation, leur montrer qu'ils ont de la valeur, leur montrer. Sont capables. Ouais, c'est c'est difficile comme question.

Camille : Non mais vous savez par exemple, genre t'as pas de limite, t'as pas de limite d'institution, t'as pas de limite d'argent tu peux. Qu'est-ce que t'aimerais mettre en place depuis ton rêve ? Genre ?

X : Donc c'est, c'est. C'est une bonne question, mais c'est c'est. Après, par exemple. Ce que tu peux par exemple en institution pour favoriser les participations occasionnelles, bah on se limite au repas ou ou à la toilette par exemple puisqu'en vrai il y a pas tellement de choses. Là tu peux Mettre en place des groupes de cuisine thérapeutique. Ou alors tu pas des groupes mais tu peux faire des des mises en situation toilettes ça je l'ai fait déjà, c'était pas avec une patiente onco. Mais c'était une patiente qui pouvait pas se déplacer, elle pouvait pas se mettre debout et en fait elle arrivait pas à prendre une douche. Mais c'était très important pour elle de prendre sa douche. Et Ben on a fait des mises en situation et les mises en situation à sec et puis après du coup à faire la douche Pour qu'elle y arrive, pour qu'elle puisse rentrer chez elle.

Camille : OK.

X : Après en dehors, en dehors, c'est c'est difficile parce que tu peux pas les suivre en fait. Donc tu peux mettre des choses en place, mais. Je sais pas, peut-être avec les animaux ce genre de chose, ça peut être hyper intéressant, Il faut qu'il y ait un suivi. par ce que tu peux pas faire Des choses, si tu peux pas dire Bon Ben on met ça en place. Rentrer chez vous, au revoir, À jamais quoi ?

Camille : Ouais, en fait c'est vrai, faut faut faut y penser davantage à cette idée Et toute idée doit être vraiment réfléchie comme on le dit.

X : Ou alors un EHPAD ? Pat, tu peux ? Tu peux faire plein de trucs hein ? Tu peux leur dire de de créer eux-mêmes justement, un groupe d'animer eux-mêmes un groupe ce genre. Chose, mais il faut avoir des capacités.

Camille : pas mal l'idée, du coup aurais des sujets qu'on a pas abordé que tu voudrais rajouter.

X : euh non je crois pas.

Camille : d'accord très bien. du coup l'entretien est terminé et je voulais vraiment te remercier pour le temps que tu m'as accordé et les informations que tu m'as donné.

Annexe 6- abstract et résumé

Abstract :

Introduction: Nowadays, cancer is one of the most widespread diseases in the world, with a high mortality rate. Elderly people account for 60% of cancer cases in France. A high number that requires care and structures adapted to their complex problems. Often followed by side effects, oncology-geriatric patients are impacted in terms of occupational participation, social support, and volition. These limitations still require too little intervention from the occupational therapists.

Objective: The aim of this research is to determine the relevance of setting up therapeutic group workshops. With a view to enabling the occupational therapist to support the person's social support and volitional elements in order to promote occupational participation.

Method: Based on the thematic analysis of four research interviews involving occupational therapists and nurses.

Result: The research highlights the theoretical relevance of oncology-geriatric group workshops to promote occupational participation. The research suggests that they can be used in complementarity individual sessions to improve social, personal, and volitional follow-up.

Conclusion: Oncology-geriatric support requires adaptation to the heterogeneity of patients and their needs. A patient-centered approach is needed to understand the patient's social interactions and interests to guide care and facilitate their adherence to group workshops in occupational therapy.

Key words: cancer, oncogeriatrics, occupational therapy, occupational participation, group workshop

Résumé :

Introduction : De nos jours, le cancer est une des maladies les répandues au monde avec un fort taux de mortalité. Sur exposés les personnes âgées représentent 60 % des cancers en France. Un nombre élevé qui nécessite des soins et des structures adaptés pour leurs problématiques complexes. Bien souvent suivis d'effets secondaires, les patients oncogériatriques sont impactés au niveau de la participation occupationnelle, du soutien social et de la volition. Des limitations qui requièrent encore trop peu l'intervention de l'ergothérapeute.

Objectif : Ainsi, la recherche a pour objectif de déterminer la pertinence de la mise en place d'atelier de groupe thérapeutique. En vue de permettre à l'ergothérapeute de soutenir le soutien social et les éléments de volitions de la personne pour favoriser la participation occupationnelle.

Méthode : Basée sur l'analyse thématique de quatre entretiens de recherche incluant des ergothérapeutes et des infirmiers.

Résultat : La recherche met en évidence la pertinence théorique des ateliers de groupe oncogériatrique pour favoriser la participation occupationnelle. La recherche suggère son usage en complémentarité aux séances individuelles pour approfondir le suivi social, personnel et volitionnel.

Conclusion : l'accompagnement oncogériatrique nécessite de s'adapter à l'hétérogénéité des patients, et de leurs besoins. Une approche centrée sur le patient, qui permet de comprendre ses interactions sociales, et ses centres d'intérêts pour orienter les soins et faciliter son adhésion aux ateliers de groupe en ergothérapie.

Mots clés : cancer, oncogériatrie, ergothérapie, participation occupationnelle, atelier de groupe