

**Institut Limousin de FORMATION
aux MÉTIERS de la Réadaptation
Ergothérapie**

**L'accompagnement en ergothérapie dans la réinsertion
professionnelle après un cancer du sein.**

Mémoire présenté et soutenu par
BES Mélanie

En juin 2020

ERGOTHÉRAPIE



Du diagnostic au retour au travail

**Mémoire dirigé par
BAUBRI AUDE**
Ergothérapeute
UISP Comète France Noth/Limoges
CRRF André Lalande

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée et soutenue dans la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, je remercie Aude BAUBRI, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils et ses encouragements tout le long de ce travail.

Je remercie également l'équipe pédagogique de la filière ergothérapie de l'Institut Limousin de FORMation aux METiers de la Réadaptation, Monsieur SOMBARDIER et Monsieur TOFFIN, ainsi que toute l'équipe administrative pour leur accompagnement durant ces trois années passées.

Je tiens aussi à remercier Madame DEVANNEAUX pour son aide mais aussi pour avoir pris le temps de répondre à mes interrogations.

J'adresse également mes remerciements aux professionnels qui m'ont aidée pendant cette recherche.

Je remercie aussi mes camarades de promotion pour leur écoute et leur soutien.

Enfin, je remercie toute ma famille pour m'avoir soutenue et encouragée pendant ces trois années de formation.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussigné BES Mélanie

atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DRDJSCS NA – site de Limoges et de m'y être conformé.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Limoges, Le vendredi 29 mai 2020

Suivi de la signature.



Article 2 :

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

Article 3 :

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

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non-présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire DE d'Ergothérapie

Session de juin 2020

Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée BES Mélanie

Etudiante de 3ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : Limoges

Le : vendredi 29 mai 2020

Signature de l'étudiante



Table des abréviations

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

AOTA : American Occupational Therapy Association

CGT : Confédération Générale du Travail

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement

CIUSSS : Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux

DE : Diplôme d'Etat

ETP : Education Thérapeutique du Patient

INCa : Institut National du Cancer

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs

Sifef : Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Table des matières

Introduction	10
Le cancer du sein	12
1. Anatomie du sein	12
2. Définition du cancer du sein	12
3. Epidémiologie	13
4. Les facteurs de risques	13
5. Les différents types de cancer du sein	14
6. Les stades du cancer du sein	14
7. Les traitements	15
8. Les effets secondaires	16
8.1. A court terme	16
8.2. A long terme	18
Un accompagnement en ergothérapie dans la réinsertion professionnelle	19
1. Définition de l'ergothérapie	19
2. L'ergothérapie et le cancer du sein	19
3. La réinsertion professionnelle après un cancer du sein	21
4. Le travail au sein de notre société	22
5. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)	23
Partie méthodologie	27
1. Choix de l'outil	27
1.1. Etape 1 : Définir l'objectif et la question de recherche	27
1.2. Etape 2 : identifier les sources d'informations pertinentes	28
1.3. Etape 3 : Faire la sélection des études	28
1.4. Etape 4 : Analyser les données à l'aide d'une grille	30
1.5. Etape 5 : Rassembler, résumer et présenter les résultats	31
1.6. Etape 6 (Facultative) : Consulter les experts	31
Résultats	32
1. Une intervention ergothérapique précoce	32
2. Réalisation de bilans et d'évaluations avec les patientes	33
3. Définition des objectifs thérapeutiques	34
4. Le travail en équipe multidisciplinaire	35
5. La visite sur le lieu de travail, l'analyse et l'aménagement du poste de travail	36
6. L'ergothérapeute, acteur de communication permettant de faire le lien entre les soins et le travail	37
7. Réalisation d'un programme personnalisé	38
Discussion	40
1. Les limites de l'étude	45
2. Les perspectives envisagées	46
Conclusion	47
Références bibliographiques	49
Annexes	51

Table des illustrations

Figure 1 : L'anatomie du sein (CIUSSS de la Capitale-Nationale, 2016).....	12
Figure 2 : Schéma du modèle de l'occupation humaine (Morel-Bracq, 2017)	24
Figure 3 : Diagramme de flux (Peters et al., 2015)	30

Table des tableaux

Tableau 1 : Application de la méthode PICO	28
--	----

Introduction

Ce mémoire d'ergothérapie est composé de deux thèmes principaux que sont le cancer du sein et la réinsertion professionnelle.

J'ai décidé de réaliser ce mémoire sur le cancer du sein car j'ai connu plusieurs femmes qui ont été touchées par cette maladie. J'ai pu observer un changement radical dans leur vie quotidienne. A la suite de leurs traitements, elles ont rencontré d'importantes difficultés pour réaliser leurs activités personnelles et/ou professionnelles. Il est même arrivé que certaines de ces activités n'aient pas été maintenues à cause des séquelles liées au cancer du sein. Pour essayer de faire face à ces difficultés, une éventuelle prise en charge dans un service de rééducation en ergothérapie aurait pu être mise en place. Nous pouvons supposer que cela aurait aidé ces femmes à reprendre progressivement leurs activités de la vie quotidienne grâce à l'accompagnement et au soutien de l'ergothérapeute. Malheureusement, aucune d'elles n'a pu bénéficier de ces soins, ce qui m'empêche de vérifier cette supposition.

J'ai également pu constater qu'aucune patiente atteinte du cancer du sein n'avait été prise en soin en ergothérapie durant mes stages professionnels. Je me suis alors demandé si l'ergothérapeute pouvait réellement intervenir auprès de ces femmes. C'est à la suite de cette interrogation que j'ai commencé à me renseigner sur le domaine de l'ergothérapie et du cancer du sein en réalisant des recherches documentaires assez vastes. Ces premières recherches étaient réalisées à titre personnel et non dans le but de réaliser un mémoire.

Pour ce qui est du thème de la réinsertion professionnelle, celui-ci a été choisi à la suite des enseignements théoriques que nous avons eus durant notre deuxième année de formation. Ce thème a été abordé plusieurs fois dans sa globalité, sans cibler de pathologie en particulier. A la suite de ces interventions, de nombreuses questions sont restées en suspens à propos du cancer du sein.

Pour essayer de répondre à celles-ci, j'ai échangé avec les personnes de mon entourage à propos de leur retour au travail après leur cancer du sein. Certaines d'entre elles m'ont dit avoir été accompagnées par un professionnel (médecin, employeur) pour leur retour au travail. Cependant, aucun accompagnement n'a été réalisé par un ergothérapeute.

J'ai alors orienté mes recherches sur l'ergothérapie et la réinsertion professionnelle après un cancer du sein. Mon but était de trouver quel accompagnement pouvait être proposé à ces femmes et de savoir en quoi il consistait. C'est à ce moment-là que j'ai décidé de réaliser mon mémoire sur ce sujet.

Enfin, ce qui m'a confortée dans ma décision est que le cancer du sein est une pathologie qui touche un grand nombre de femmes, que ce soit en France ou dans d'autres pays. De nos jours, même si cette maladie se soigne de mieux en mieux, elle laisse malgré tout d'importantes séquelles aux femmes, ce qui impacte de façon négative leur vie quotidienne. En tant que femme mais également future ergothérapeute, il me paraît primordial qu'une intervention en ergothérapie soit proposée à ces femmes pour plusieurs raisons. Premièrement, cette intervention permettrait d'améliorer leur qualité de vie en diminuant voire en supprimant les séquelles du cancer.

Et deuxièmement, cela aiderait ces femmes à retrouver une vie « normale » en leur permettant de reprendre leurs activités professionnelles et personnelles.

Dans ce mémoire, nous définirons tout d'abord ce qu'est un cancer du sein et les impacts qu'il peut avoir dans la vie d'une femme. Ensuite, nous aborderons l'ergothérapie ainsi que la réinsertion professionnelle à la suite d'un cancer du sein. Enfin, nous réaliserons une scoping review afin de répondre à la problématique posée. Les résultats de celle-ci seront abordés puis discutés à la fin de ce mémoire.

Le cancer du sein

1. Anatomie du sein

Le sein est constitué d'une glande mammaire qui est elle-même composée de quinze à vingt lobes séparés par du tissu graisseux. Ces lobes sont eux-mêmes composés de lobules capables de sécréter du lait en période d'allaitement. Le lait est, quant à lui, transporté par les canaux galactophores jusqu'au mamelon. (La Ligue Contre Le Cancer, 2016)

La glande mammaire se développe et fonctionne sous l'influence d'hormones sexuelles (les oestrogènes et la progestérone) qui sont produites en quantité variable tout au long de la vie. (La Ligue Contre Le Cancer, 2016)

Le sein contient aussi du tissu de soutien qui est composé de vaisseaux, de fibres et de graisse. (INCa, s. d.-a)

Nous pouvons aussi observer des chaînes de ganglions lymphatiques qui servent à filtrer les microbes et à protéger le corps des infections et des maladies. (Programme Québécois De Dépistage du Cancer du Sein, 2016)

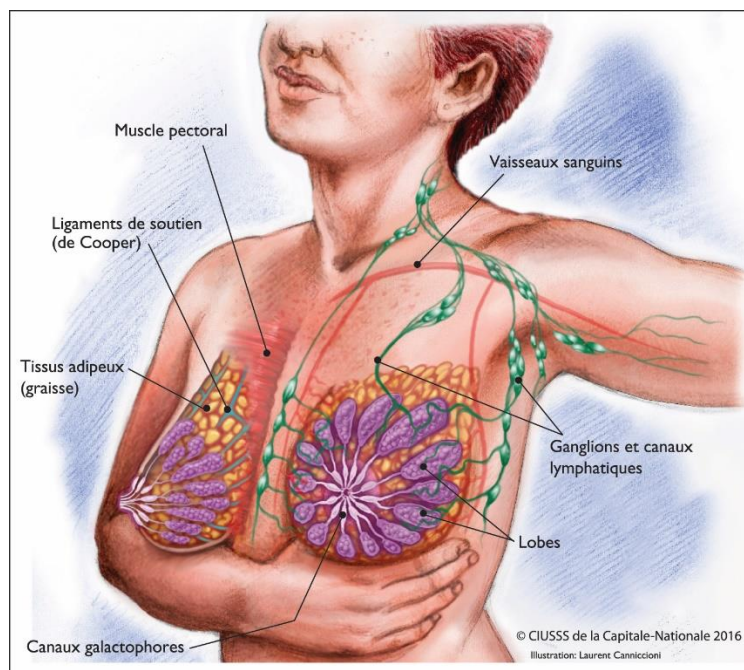


Figure 1 : L'anatomie du sein (CIUSSS de la Capitale-Nationale, 2016)

2. Définition du cancer du sein

Le cancer du sein est une maladie qui se développe à partir des cellules qui constituent la glande mammaire. Une cellule initialement normale se transforme et se multiplie de façon anarchique et excessive, pour former une masse, appelée tumeur maligne. (INCa, 2013)

Il existe différents types de cancer du sein selon les cellules à partir desquelles ils se développent. (INCa, s. d.-c)

Les cancers du sein les plus fréquents (95% des cas) sont des adénocarcinomes, c'est-à-dire qu'ils se développent à partir des cellules épithéliales (= carcinomes) de la glande mammaire (= adéno). (INCa, 2013)

Il existe également d'autres formes, beaucoup plus rares, comme des lymphomes et des sarcomes. (INCa, 2013)

Les hommes possèdent également des seins qui sont toutefois moins développés que ceux des femmes. Le cancer du sein chez l'homme est rare. Moins de 1% de tous les cancers du sein affectent les hommes. Il est cependant important que les hommes sachent qu'ils peuvent être concernés par ce cancer, notamment afin de ne pas négliger les symptômes. (INCa, s. d.-b)

Dans ce mémoire, nous nous focaliserons uniquement sur le cancer du sein chez la femme.

3. Epidémiologie

Le cancer du sein est à la fois le plus fréquent et le plus meurtrier chez la femme. Il se situe donc au premier rang des cancers incidents chez la femme, devant le cancer du côlon-rectum et le cancer du poumon. (INCa, 2019)

Près d'une femme sur huit développe un cancer du sein au cours de sa vie. (Ameli.fr, 2019)

En 2018, 58 459 nouveaux cas ont été estimés en France métropolitaine. Le cancer du sein a entraîné 12 146 décès en 2018. Une diminution du taux de mortalité de 1.5% par an en moyenne a tout de même été observée entre 2005 et 2012. La survie nette standardisée sur l'âge à 5 ans est de 87% et de 76% à 10 ans. L'âge médian au moment du décès est de 74 ans. (INCa, 2019)

Le taux de mortalité diminue d'année en année et ce grâce à l'amélioration des traitements mais aussi grâce à un meilleur dépistage qui permet de diagnostiquer un cancer du sein à un stade précoce. (INCa, 2019)

Plus le cancer du sein est détecté tôt, plus il se soigne facilement, et plus les chances de guérison sont élevées. On observe 99% de survie à 5 ans pour un cancer détecté à un stade précoce et seulement 26% pour un cancer diagnostiqué à un stade tardif. (Ameli.fr, 2019)

4. Les facteurs de risques

Il existe plusieurs facteurs de risques qui peuvent participer au développement du cancer du sein. Trois grandes catégories ont été identifiées (Ameli.fr, 2019) :

- L'âge et le sexe (qui sont les principaux facteurs de risques de cancers du sein) : En ce qui concerne l'âge, près de 80% des cancers du sein se développent après 50 ans. Pour le sexe, 99% des cancers du sein surviennent chez la femme. La durée d'exposition aux hormones féminines, avec en particulier la prise de certains traitements hormonaux substitutifs de la ménopause, semble être un facteur de risque.
- Les antécédents familiaux et personnels : Par exemple, si une parente du premier degré (mère, sœur, fille) a déjà eu un cancer du sein et plus particulièrement avant la ménopause, le risque est augmenté. En ce qui concerne les prédispositions

génétiques, dans 5 à 10 % des cancers du sein, une altération génétique des gènes BRCA1 ou BRCA2 est retrouvée, cette forme de cancer du sein est héréditaire. Le cancer du sein dans sa forme familiale ou héréditaire est une maladie rare. Pour les antécédents personnels, si une personne a déjà eu un cancer du sein, elle a plus de risque de développer un autre cancer du sein (du même côté ou du côté opposé).

- Les habitudes de vie et comportements : Dans cette catégorie, nous retrouvons la consommation d'alcool et de tabac, le surpoids et l'obésité, une alimentation déséquilibrée et enfin le manque d'activité physique.

Parmi ces trois catégories, seuls les habitudes de vie et les comportements de la personne peuvent être changés ou modifiés afin de diminuer le risque de développer un cancer du sein.

5. Les différents types de cancer du sein

La majorité des cancers du sein sont des adénocarcinomes. Ils naissent le plus souvent à partir des cellules des canaux et plus rarement à partir des lobules. (INCa, 2013)

Lors de l'apparition d'un adénocarcinome, les cellules cancéreuses sont, dans un premier temps, peu nombreuses et limitées aux canaux ou aux lobules du sein. Il s'agit alors **d'un cancer ou carcinome in situ**. Concernant ces carcinomes in situ, 85% à 90% des cas sont des cancers canaux, et 10% à 15% sont des cancers lobulaires. (INCa, 2013)

Ensuite, avec le temps et si aucun traitement n'est effectué, il existe un risque que la tumeur franchisse la membrane basale et infiltre le tissu qui entoure les canaux et les lobules. C'est à ce moment-là que nous parlons de **cancer ou carcinome infiltrant**. En ce qui concerne les carcinomes infiltrants, les plus courants sont les cancers canaux infiltrants et les plus rares sont les cancers lobulaires infiltrants. (INCa, 2013)

Enfin, les cellules cancéreuses peuvent se détacher de la tumeur et emprunter les vaisseaux sanguins ou les vaisseaux lymphatiques pour atteindre d'autres parties du corps comme les ganglions axillaires, les os, les poumons, ou encore les ganglions lymphatiques. Les nouvelles tumeurs qui se forment sont des métastases. Nous parlerons donc d'un **cancer du sein métastatique**. (INCa, 2013)

Il existe également d'autres types de cancers du sein beaucoup plus rares, tels que les lymphomes et les sarcomes. (INCa, 2013)

6. Les stades du cancer du sein

Il existe différents stades du cancer du sein. Lors du diagnostic, le « stade TNM » permet d'évaluer l'étendue clinique de la maladie. TNM est un acronyme anglais qui signifie « Tumor, Nodes, Metastasis » soit « Tumeur, ganglions, métastases » en français. Ce stade TNM est basé sur la taille de la tumeur, l'atteinte des ganglions lymphatiques et la présence éventuelle de métastases à distance du sein. Ces trois critères sont combinés pour obtenir un stade global de 0 à IV. Certains de ces stades peuvent être subdivisés avec les lettres A, B et C, ce qui permettra d'être plus précis sur l'avancement du cancer du sein. Tout cela va

permettre de décider de la stratégie thérapeutique qui sera mise en place (La Ligue Contre Le Cancer, 2018) :

- Le stade 0 correspond à un cancer in situ (non infiltrant) ou un stade précancéreux.
- Le stade 1 correspond à une tumeur unique et de petite taille. Le stade 1 est divisé en stades 1A et 1B.
- Le stade 2 correspond à un volume local plus important. Ce stade est aussi divisé en stades 2A et 2B.
- Le stade 3 correspond à un envahissement des ganglions lymphatiques ou des tissus avoisinants. Le stade 3 comprend aussi les stades 3A, 3B et 3C.
- Le stade 4 correspond à une extension plus large dans l'organisme sous forme de métastases.

Pour le cancer du sein, nous parlons de stade précoce lorsque celui-ci se trouve à un stade 1A, 1B ou 2A. Dans ces cas-là, cela signifie que le cancer ne s'est pas propagé à plus de trois ganglions lymphatiques et que la tumeur mesure moins de 5 cm.

Pour les stades 2B, 3A, 3B et 3C, nous parlons de cancer du sein localement avancé. A ces stades-là, la tumeur mesure plus de 5 cm et le cancer peut s'être propagé à la peau, aux muscles de la paroi thoracique ou à plus de trois ganglions lymphatiques. (Société canadienne du cancer, s. d.)

7. Les traitements

Il existe différents types de traitements pour lutter contre le cancer du sein. Nous pouvons trouver (Regnault, 2017) :

- La tumorectomie : il s'agit de la chirurgie la moins invasive. La tumeur est retirée mais la glande mammaire est préservée au maximum. On parle de chirurgie conservatrice et elle concerne 75% des cas. Cette technique est suffisante sur le cancer à un stade précoce. Le traitement se fait généralement en ambulatoire.
- La mastectomie : cela consiste en l'ablation totale de la glande mammaire tout en épargnant les muscles pectoraux. Elle peut s'imposer si la tumeur est importante, s'il y a plusieurs foyers tumoraux ou des lésions précancéreuses étendues dans le sein. Cette chirurgie plus lourde nécessite généralement une hospitalisation de deux à trois jours.
- La technique du ganglion sentinelle : elle permet aujourd'hui d'éviter d'enlever tous les ganglions de la zone s'ils ne sont pas touchés. Dans les cas de tumeurs de moins de 2 cm, le chirurgien enlève, en même temps que la tumeur, le premier ganglion que rencontre la lymphe circulant dans le système lymphatique drainant la tumeur. C'est le premier à être atteint si les cellules tumorales circulent dans la lymphe. S'il est atteint, toute la chaîne ganglionnaire sera enlevée. Dans ce cas là, on parle de curage ganglionnaire ou axillaire. Si le ganglion sentinelle est sain, la chaîne ganglionnaire n'est pas enlevée et la patiente évite ainsi de lourdes séquelles comme le lymphoedème.

- La radiothérapie : elle fait quasiment toujours partie du protocole de soins pour un cancer du sein, notamment après une chirurgie conservatrice. L'objectif de la radiothérapie est de détruire, grâce à une irradiation ciblée, d'éventuelles cellules tumorales résiduelles.
- L'hypofractionnement : en radiothérapie, l'hypofractionnement revient à délivrer une dose plus élevée par séance, afin de pouvoir réduire la durée totale de traitement de 5-7 semaines à 3-4 semaines.
- La chimiothérapie : elle est souvent prescrite. Ce traitement s'attaque aux cellules en division de l'organisme, notamment les cellules cancéreuses. Jusqu'à récemment, elle était uniquement administrée par voie intraveineuse à l'hôpital. Depuis peu, certaines chimiothérapies sont disponibles en comprimés, que la patiente peut prendre chez elle. Le gros inconvénient de la chimiothérapie est qu'elle s'attaque à l'ensemble des cellules qui se divisent et pas uniquement aux cellules cancéreuses. De nombreux effets secondaires lourds apparaissent tels que la perte des cheveux, des problèmes d'ongles, de peau.
- L'hormonothérapie : elle est prescrite dans près des trois-quarts des cancers du sein. Elle permet de bloquer l'action des hormones sur les cellules tumorales surexprimant les récepteurs hormonaux (oestrogènes et progestérones). Dans la plupart des cas, elle est administrée après d'autres traitements tels que la chirurgie par exemple. L'hormonothérapie vise à limiter le risque de récurrence. Elle est généralement prescrite pour une durée de 5 ans.
- Les thérapies ciblées : il s'agit d'un traitement à l'aide de médicaments qui, selon leur cible, visent à freiner ou à bloquer la croissance de la cellule cancéreuse, en l'affamant, en provoquant sa destruction, en dirigeant le système immunitaire contre elle ou en l'incitant à redevenir normale. Par exemple, il est possible d'utiliser des médicaments comme le Trastuzumab qui appartient à la famille des anticorps monoclonaux. Il est conçu pour bloquer la protéine HER2 qui a la propriété de favoriser la croissance des cellules. Cette protéine HER2 est située à la surface des cellules du sein. En bloquant le récepteur HER2, le Trastuzumab empêche le processus de division et le développement des cellules cancéreuses. En revanche, ce traitement n'est efficace que chez les patientes qui présentent des tumeurs qui sont HER2 positives. (INCa, 2013)
- L'immunothérapie : elle vise à stimuler les défenses immunitaires des patientes atteintes de cancer, afin que leur organisme parvienne à éliminer lui-même la tumeur. Pour le moment, l'immunothérapie du cancer du sein, tant en phase précoce qu'en phase avancée, est proposée dans le cadre d'essais cliniques.

8. Les effets secondaires

8.1. A court terme

Les effets secondaires à court terme sont ceux qui se manifestent immédiatement après les traitements (chirurgicaux, médicamenteux ou autres) ou quelques semaines plus tard. Ils sont généralement temporaires. Nous pouvons trouver (INCa, 2013) :

- La fatigue : elle est souvent due à l’anesthésie, à la perte de sang ou encore à l’anxiété générée par l’opération. Il est important de prendre en compte cette fatigue, de ne pas la banaliser et donc d’en parler aux équipes soignantes afin qu’elle soit prise en charge le mieux possible.
- La douleur : au réveil, il peut apparaître un inconfort ou une sensibilité autour de l’incision et sous le bras, qui peut descendre le long de la partie interne du bras. Comme pour la fatigue, il faut la signaler à l’équipe soignante afin que celle-ci puisse mettre en place des moyens pour la soulager. Il peut aussi apparaître des sensations de resserrement au niveau de l’aisselle et dans la partie supérieure du bras, mais elles disparaissent généralement dans les deux ou trois mois qui suivent l’intervention.
- Des raideurs : une faiblesse du bras ou de l’épaule, ou une mobilité réduite du bras du côté opéré peuvent se manifester. Il est important de les signaler au plus tôt car une rééducation précoce permet de les limiter ou de les faire disparaître.
- Un œdème : il peut apparaître au niveau de la zone opérée, de l’épaule, du thorax ou du bras. Il est fréquent juste après une chirurgie mammaire conservatrice, mais généralement il se résorbe spontanément en quelques jours.
- Des problèmes lymphatiques : le curage axillaire peut provoquer une accumulation de lymphes sous la peau et un gonflement au niveau de l’aisselle.
- Un hématome ou une infection : cela peut apparaître au niveau du site opératoire. Ces effets disparaissent souvent à l’aide de soins locaux. Toutefois, s’ils persistent, une nouvelle opération peut être nécessaire.
- Des troubles de la sensibilité : ils peuvent se manifester au niveau de la face interne du bras. Il peut s’agir par exemple d’un engourdissement, d’une sensation de froid, d’une faiblesse, d’une sensibilité réduite ou au contraire accrue au toucher ou à la pression, d’une sensation de brûlure ou de picotement. Lors de l’opération, le nerf perforant, responsable de la sensibilité de la face interne du bras, est parfois sectionné, ce qui provoque ces manifestations. Ces troubles de la sensibilité disparaissent en partie en 6 à 12 mois.
- Une sensation de déséquilibre : cela peut se révéler après une chirurgie mammaire non conservatrice (ou mastectomie totale).
- Un changement de l’image corporelle et de l’estime de soi : cet effet secondaire est souvent lié à une chirurgie mammaire non conservatrice, mais il peut aussi être causé par les traitements tels que la chimiothérapie ou la radiothérapie. Ces différents traitements peuvent entraîner plusieurs modifications de l’image corporelle d’une personne, comme par exemple la perte des cheveux ou le manque d’un sein suite à une ablation de celui-ci.
- La réaction allergique (au colorant utilisé lors de l’exérèse du ganglion sentinelle) et la nécrose de la peau sont deux effets secondaires qui peuvent se produire mais ils restent tout de même rares chez ces patientes.

8.2. A long terme

Ils se manifestent bien après les traitements et peuvent durer longtemps. Il peut y avoir (INCa, 2013) :

- Une rougeur de la cicatrice qui s'atténue progressivement.
- Un lymphoedème du membre supérieur (également appelé « gros bras ») suite à un curage axillaire. Cela est caractérisé par une accumulation de lymphes au niveau de ce membre.
- Des séquelles fonctionnelles comme des douleurs, des raideurs de l'épaule ou du bras, ainsi qu'une diminution de la force musculaire.
- Un risque d'infection accru surtout après un curage axillaire (vu que les ganglions lymphatiques enlevés permettaient de filtrer et d'éliminer les cellules infectées).
- Un changement de l'image corporelle et de l'estime de soi, en particulier en cas de chirurgie non conservatrice. Parfois, la cicatrice est disgracieuse et si le sein est conservé, il peut être déformé (modification du galbe). Dans ce cas là, le chirurgien peut proposer une chirurgie esthétique pour atténuer ces déformations. Après une chirurgie mammaire non conservatrice, certaines femmes ont la sensation que le sein enlevé est toujours présent, on parle alors de « sein fantôme ».

Les effets secondaires sont propres à chaque patiente. Un même traitement n'aboutira pas forcément aux mêmes effets secondaires, et les séquelles pourront elles aussi différer d'une patiente à l'autre.

Lors de la prise en charge de ces patientes, qu'elle soit réalisée par l'ergothérapeute ou par d'autres professionnels de santé, il est primordial que tous ces effets secondaires soient pris en compte. Pour cela, il faudra réaliser des bilans afin d'évaluer les effets secondaires présents chez chaque patiente, ce qui permettra d'adapter au mieux leur prise en charge.

Un accompagnement en ergothérapie dans la réinsertion professionnelle

1. Définition de l'ergothérapie

L'ergothérapie (ou occupational therapy) est une profession paramédicale qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Elle prend en compte l'interaction entre la personne, l'environnement et l'activité. (Sifef, s. d.)

L'ergothérapie a pour but de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. (ANFE, s. d.)

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui exerce au sein d'une équipe interdisciplinaire et/ou en libéral. (Sifef, s. d.)

Il ne peut intervenir auprès des patients que sur prescription médicale.

L'ergothérapeute fait l'interface entre le médical et le social.

Il intervient dans le processus de réadaptation, d'adaptation et d'intégration sociale des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie. (Sifef, s. d.)

Il propose des actions de prévention, d'éducation, d'aménagement de l'environnement pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé. (Sifef, s. d.)

L'objectif de l'ergothérapeute est de permettre aux personnes en situation de handicap de réaliser leurs activités quotidiennes dans les domaines de soins personnels, des activités domestiques, du travail et des loisirs. (Sifef, s. d.)

Pour ce qui est du cadre juridique en France, l'ergothérapie ne possède pas de code de déontologie ni d'ordre professionnel. La profession d'ergothérapeute est réglementée par le Code de la Santé Publique et nécessite une formation de trois ans fixée par le Ministère de l'Enseignement Supérieur.

2. L'ergothérapie et le cancer du sein

Une femme atteinte d'un cancer du sein peut bénéficier de différents types de soins ou d'interventions thérapeutiques à la suite des traitements. Les soins proposés à la patiente dépendront de son état de santé, du stade de son cancer, des traitements reçus ainsi que de leurs effets secondaires. Cela résultera aussi des décisions prises par le médecin référent puisque c'est lui qui réalisera les prescriptions médicales qui permettront d'intégrer ces services de soins.

Dans cette partie, nous allons donc présenter brièvement les différentes unités de soins ainsi que l'intervention de l'ergothérapeute au sein de celles-ci.

Il est important de souligner que ces services de soins sont considérés comme « optionnels » car ils ne sont pas proposés de manière systématique après les traitements médicaux. Le parcours de soins ordinaire de la patiente se termine régulièrement à la fin de ses traitements.

1) Les unités de soins palliatifs

Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser les souffrances psychiques, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. Les patientes atteintes de maladie chronique, comme le cancer du sein, peuvent bénéficier de ces soins. (SFAP, 2016)

Dans ces unités de soins, en fonction de l'état de santé de la patiente, l'ergothérapeute interviendra de différentes façons. Par exemple, des activités d'autosoins ou de loisirs peuvent être proposées. L'ergothérapeute peut aussi réaliser des modifications de l'environnement et présenter à la patiente des équipements adaptés. Enfin, il est possible de mettre en place des stratégies de positionnement et de gestion de la douleur pour maximiser la qualité de vie de la patiente mais aussi pour permettre la participation aux occupations prioritaires. (AOTA, 2012)

2) Les services de SSR et les services de MPR

L'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patientes. (FHP-SSR, 2011)

Concernant la Médecine Physique et de Réadaptation, il s'agit d'une spécialité médicale qui assure les soins de rééducation et de réadaptation après une maladie, un accident ou une intervention chirurgicale. (Fédération Hospitalière de France, 2015)

Les services de SSR et de MPR s'adressent aux personnes atteintes de maladies aiguës ou chroniques. Ils assurent une prise en charge globale du patient, autour d'une équipe pluridisciplinaire.

Au sein de ces services, l'ergothérapeute réalisera un certain nombre de séances individuelles avec la patiente atteinte du cancer du sein. Au cours de celles-ci, l'ergothérapeute pourra :

- Effectuer des mobilisations passives et/ou actives du membre supérieur afin de diminuer les raideurs articulaires, d'augmenter les amplitudes articulaires et de diminuer le lymphoedème (si présent).
- Travailler la force musculaire au niveau des membres supérieurs.
- Préconiser des aides techniques pour pallier aux difficultés rencontrées.
- Faire des visites à domicile et proposer un aménagement de celui-ci.
- Réaliser des mises en situations afin de reprendre progressivement les activités de la vie quotidienne.
- Proposer une prise en charge des troubles de la sensibilité.

Les activités citées ci-dessus seront mises en place en fonction des capacités et des incapacités évaluées lors des bilans et des besoins exprimés par la patiente.

3) Les programmes d'Education Thérapeutique du Patient

L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. (Association Francophone pour les soins oncologiques de Support, 2014). Ces programmes permettent aux patientes d'obtenir des solutions adaptées aux problèmes rencontrés. Ils sont généralement composés de plusieurs professionnels de santé, qui interviennent à tour de rôle ou en collaboration.

Concernant l'ergothérapeute, il peut être amené à animer une ou plusieurs séances du programme. En fonction du sujet abordé au cours de la séance, il pourra la faire seul ou en collaboration avec un autre professionnel de santé. Par exemple, l'ergothérapeute peut proposer des séances qui abordent le lymphoedème et la reprise des activités de la vie quotidienne. Durant celles-ci, des mises en situations pourront être réalisées. Enfin, l'ergothérapeute apportera des conseils aux patientes dans le but d'améliorer leur qualité de vie.

Pour conclure, nous pouvons remarquer qu'à travers ces divers types de soins, il est possible qu'un ergothérapeute prenne en charge une patiente atteinte d'un cancer du sein. Malheureusement, le taux de prise en soins de ces patientes reste faible, surtout au sein des services d'ergothérapie. Mais il semble important de mettre en avant les différents types de soins auxquelles peuvent accéder les patientes d'oncologie afin d'essayer que ceux-ci soient proposés plus régulièrement à cette population.

En revanche, les soins proposés ci-dessus sont majoritairement axés sur la rééducation ou la réadaptation de la patiente à la suite du cancer.

Alors qu'en est-il de la réinsertion professionnelle pour ces patientes ?

3. La réinsertion professionnelle après un cancer du sein

L'oncologie, de manière générale, n'est pas encore un domaine très développé en ergothérapie. Nous pouvons supposer qu'une des principales causes de cette faible prise en soin peut être due à un manque de formation dans ce domaine au cours des trois années d'études qui mènent au Diplôme d'Etat (DE) d'ergothérapie. Nous pouvons nous questionner sur ce manque d'enseignements théoriques concernant le cancer (du sein) car ce dernier est une des maladies les plus présentes en France et dans le monde. Et, concernant le cancer du sein, c'est celui qui est le plus dépisté chez les femmes (qui sont encore en âge de travailler).

De plus, nous pouvons nous interroger sur les raisons qui font que le cancer du sein est si peu abordé lors des enseignements théoriques puisque les séquelles ou les difficultés rencontrées par les patientes suite aux traitements (présentées dans les paragraphes précédents) peuvent être prises en soin par l'ergothérapeute puisque cela fait partie de ses compétences.

Or, si un ergothérapeute souhaite réaliser des recherches ou faire des formations pour approfondir ses connaissances et ses compétences concernant la prise en soin des femmes atteintes d'un cancer du sein, cela va s'avérer difficile voire impossible car peu ou pas de

propositions sont faites dans ce domaine là (que ce soit des articles scientifiques ou des formations professionnelles).

Enfin, il existe tout de même des organismes comme l'association COMETE France, qui accompagnent les patientes dans la réinsertion professionnelle. Des ergothérapeutes travaillent au sein de ces associations. Les femmes qui ont eu un cancer du sein peuvent bénéficier de l'accompagnement proposé par cette association uniquement si elles proviennent des services de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR). Par conséquent, le taux de prise en soin de ces patientes est faible puisqu'elles sont souvent hospitalisées dans des services d'oncologie plutôt que dans des services de MPR.

La réinsertion professionnelle est une étape importante pour les patientes qui ont eu un cancer du sein. Nous allons donc expliquer l'importance du travail dans notre société, ce qui nous aidera à mieux comprendre les diverses raisons qui incitent une femme atteinte d'un cancer du sein à reprendre son activité professionnelle.

4. Le travail au sein de notre société

Le travail a eu différentes représentations au cours du temps. Au départ, dans le livre de la Genèse, le travail était considéré comme la punition d'une faute et signe d'une déchéance. Ensuite, il est apparu comme l'instrument d'une récompense et d'une rédemption. (Royer, 2002)

Aujourd'hui, le travail joue un rôle important dans notre société pour diverses raisons.

Pour commencer, il est la principale source de revenus. C'est un moyen de gagner sa vie. Il permet d'acquérir une indépendance financière et d'accéder à la consommation (L'Etudiant, s. d.). Le travail aide à s'assumer, à s'épanouir, et à se prendre en charge (La CGT en Gironde, 2014).

Ensuite, le travail est considéré comme un déterminant de la santé (La CGT en Gironde, 2014). Grâce aux revenus obtenus en contrepartie du travail réalisé, nous pouvons développer notre santé et accéder aux soins médicaux.

Enfin, il est source de lien social, il nous permet d'être relié aux autres, de nouer des relations, de vivre en collectivité. Il nous aide à acquérir un statut social, à nous positionner dans la société. Il confère à l'Homme sa dignité (L'Etudiant, s. d.). C'est aussi la principale voie d'insertion sociale (La CGT en Gironde, 2014). Lorsque nous travaillons, nous intégrons des valeurs et des normes d'un groupe de travail (L'Etudiant, s. d.).

Nous pouvons constater que le travail prend une place importante dans la vie de tous les jours. Celui-ci est également considéré comme une occupation quotidienne pour les êtres humains. Afin de mieux comprendre le terme « occupation », nous allons présenter le modèle de l'occupation humaine de Gary Kielhofner.

5. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

Dans un premier temps, le Modèle de l'Occupation Humaine sera présenté puis dans un second temps, une argumentation sera faite afin de justifier le choix de ce modèle conceptuel.

Le modèle de l'occupation humaine (MOH) a été développé par Gary Kielhofner pendant près de 30 ans. Il se base sur les activités humaines significatives et signifiantes (ou plus précisément sur « l'Occupation » d'un être humain) (Morel-Bracq, 2017).

L'occupation humaine se définit comme la réalisation des activités de la vie quotidienne, du travail et des loisirs d'une personne, dans un espace-temps délimité, un environnement physique précis et un contexte culturel spécifique. (Morel-Bracq, 2017)

Le MOH permet aux ergothérapeutes d'avoir une pratique centrée sur la personne et sur l'occupation (et non pas une vision centrée uniquement sur les déficits de la personne). Il implique donc que l'ergothérapeute se focalise sur la singularité de la personne afin d'appréhender sa situation globale en profondeur. (Morel-Bracq, 2017)

Ce modèle permet de structurer le recueil de données concernant la personne, de comprendre ses forces et ses faiblesses concernant son engagement dans l'activité et de mettre en place un traitement ergothérapeutique. (Morel-Bracq, 2017)

Le MOH peut être décrit en trois grandes parties, nommées l'Être, l'Agir et le Devenir. L'Être regroupe les composantes de la personne, qui vont soutenir la manière d'Agir. Le Devenir, est la résultante de l'Être et de l'Agir et s'exprime dans le degré avec lequel la personne arrive à s'adapter à ses occupations. L'ensemble est en interdépendance continue avec l'environnement, et le tout évolue et se redéfinit constamment pour façonner l'individu au cours de ses expériences. (Morel-Bracq, 2017)

1) L'Être

L'Être est constitué de trois composantes : la volition, l'habitation et la capacité de performance.

Pour Gary Kielhofner, la volition correspond à la motivation d'une personne à agir sur l'environnement. C'est le processus qui va permettre à la personne de s'engager dans une activité.

L'habitation renvoie à l'organisation et à l'intériorisation de comportements semi-automatiques s'exécutant dans un environnement familier. Elle comprend les habitudes et les rôles.

Enfin, la capacité de performance correspond à l'aptitude à agir grâce aux composantes objectives sous-jacentes (physiques et mentales) et à l'expérience subjective du corps. (Morel-Bracq, 2017)

2) L'Agir

Lorsque la personne agit, trois niveaux d'action sont observables. Le premier niveau est la participation occupationnelle, qui fait référence au fait d'agir au sens large (au sens de l'occupation). Elle correspond à l'engagement effectif de la personne dans ses activités productives, de loisirs et de vie quotidienne au sein de contextes socioculturels spécifiques.

Le fait de participer à une occupation nécessite de réaliser des activités variées, ce qui correspond au deuxième niveau : la performance occupationnelle, qui fait référence à la réalisation de l'ensemble des tâches qui soutiennent la participation.

Enfin, pour réaliser ses activités, la personne exécute différentes actions observables, dirigées vers des buts : ce sont les habiletés (habiletés motrices, opératoires, de communication et d'interaction). (Morel-Bracq, 2017)

3) Le Devenir

L'accumulation des expériences vécues lors des différentes occupations génère une identité occupationnelle et une compétence occupationnelle, qui vont permettre l'adaptation future à de nouvelles occupations.(Morel-Bracq, 2017)

4) L'environnement

La personne est toujours dans un contexte environnemental donné. Ainsi, lorsqu'elle agit, les trois composantes de la personne sont en interaction entre elles et avec l'environnement. L'environnement offre à la personne des opportunités, des ressources ainsi que des demandes, des exigences et des contraintes, qui influencent sa participation. Il comprend l'environnement physique et l'environnement social (Morel-Bracq, 2017).

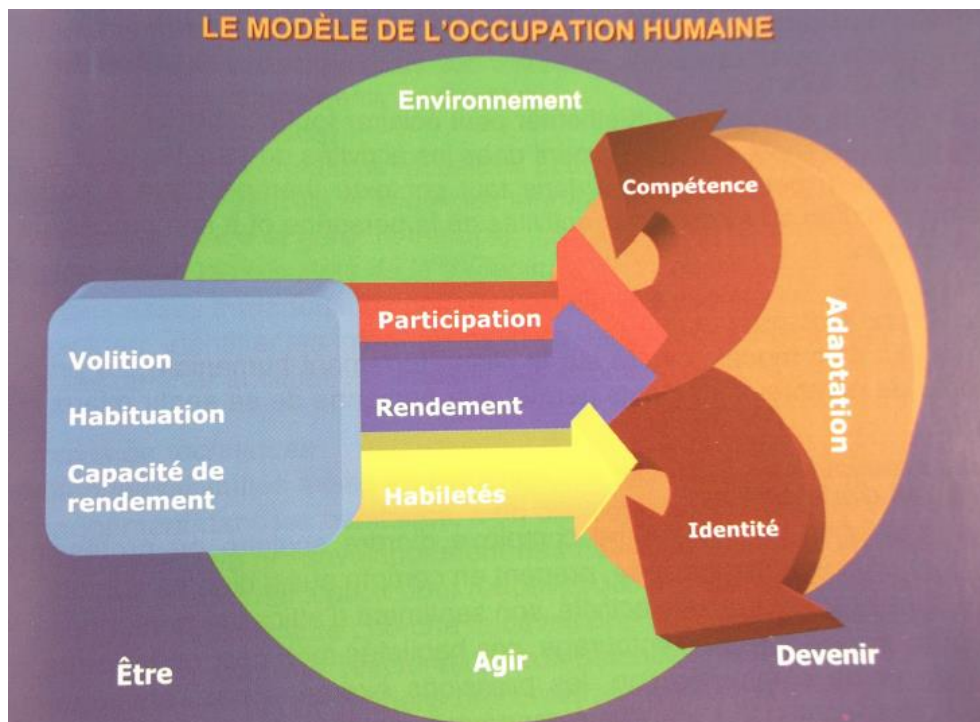


Figure 2 : Schéma du modèle de l'occupation humaine (Morel-Bracq, 2017)

Le choix de ce modèle conceptuel pour illustrer mon mémoire a été conforté à la suite de la lecture de l'article de Huguette A. M. DESIRON et Al. « *A conceptual-Practice Model for Occupationam Therapy to Facilitate Return to Work in Breast Cancer Patients* ».

Cet article a examiné les modèles d'ergothérapie existants afin de déterminer un modèle sur lequel une intervention d'ergothérapie concernant le retour au travail des patientes atteintes d'un cancer du sein pourrait être fondée.

Au total, neuf modèles conceptuels d'ergothérapie ont été identifiés et analysés afin d'évaluer leur facilité d'utilisation concernant le retour au travail des patientes atteintes d'un cancer du sein. (Huguette A. M. Désiron et al., 2013)

D'après cet article, le modèle de l'occupation humaine se concentre explicitement sur la participation au travail, avec une référence claire à la CIF comme cadre de référence. Une recherche dans la littérature a indiqué que le MOH est le meilleur modèle à utiliser dans les interventions d'ergothérapie pour adultes en raison de sa validité scientifiquement prouvée. De tous les modèles sélectionnés, seul le MOH fournit des outils et des instruments qui se concentrent clairement sur le retour au travail en mettant explicitement l'accent sur l'importance pour l'ergothérapeute d'inclure d'autres personnes pertinentes autour du patient. (Huguette A. M. Désiron et al., 2013)

Lorsqu'un cancer a été diagnostiqué chez une personne, cela peut affecter un ou l'ensemble des sous-systèmes (la volition, l'habitation et la capacité de performance) et provoquer la rupture de l'équilibre du cycle bénin. Lorsque le traitement et la réadaptation ne se concentrent pas seulement sur la restauration des fonctions mais ont pour objectif final la reprise de la participation, le retour au travail et la signification que cela a pour le patient correspondront davantage aux besoins des patientes atteintes d'un cancer du sein. (Huguette A. M. Désiron et al., 2013)

Il est nécessaire de tenir compte des progrès de la patiente atteinte d'un cancer du sein et des efforts qu'elle doit fournir sur son lieu de travail. (Huguette A. M. Désiron et al., 2013)

D'après les résultats de cet article, le MOH semble être le modèle d'ergothérapie le plus pertinent, mais des adaptations seront nécessaires pour améliorer l'utilisation de ce modèle pour le retour au travail des patientes atteintes d'un cancer du sein. (Huguette A. M. Désiron et al., 2013)

Pour conclure, il est remarquable que dans les interventions d'ergothérapie, le retour au travail ne soit que très rarement mentionné de manière explicite (sauf pour le MOH) (Huguette A. M. Désiron et al., 2013).

En revanche, il n'a pas été possible de trouver un modèle d'ergothérapie spécifiquement destiné à faciliter le retour au travail des patientes atteintes d'un cancer du sein. (Huguette A. M. Désiron et al., 2013)

Dans cette première partie du mémoire, nous avons pu remarquer que le cancer du sein était une pathologie qui était relativement bien prise en charge du diagnostic jusqu'aux traitements. Cependant, à la suite des traitements, l'accompagnement en ergothérapie de ces patientes reste encore peu développé, que ce soit dans un but de rééducation, de réadaptation ou de réinsertion.

Or, les femmes atteintes du cancer du sein expriment ressentir un besoin de soutien et d'accompagnement au niveau médical. Malheureusement, celui-ci n'est pas toujours écouté et satisfait. Du coup, elles reprennent généralement leurs activités de la vie quotidienne seules mais elles rencontrent beaucoup de difficultés pour les maintenir à long terme.

La reprise du travail est, elle aussi, complexe et difficile à gérer pour ces femmes. Elles se retrouvent souvent dans une des deux situations suivantes :

- Elles ne reprennent pas leur activité professionnelle car elles ne s'en sentent pas capables. Cela peut être dû à leur état de santé ou à leur métier.
- Elles reprennent le travail par volonté ou par « obligation » (fin de l'arrêt maladie, difficultés financières, etc.) mais elles n'arrivent pas à tenir le rythme imposé au travail donc elles s'arrêtent peu de temps après la reprise.

Pour essayer d'éviter ces deux situations et permettre une réinsertion professionnelle adaptée et durable, un accompagnement en ergothérapie pourrait être mis en place. Cependant, nous pouvons nous demander en quoi celui-ci consisterait. C'est donc ce qui nous amène à la problématique suivante :

De quelle manière l'ergothérapeute peut-il accompagner les femmes qui ont eu un cancer du sein à reprendre leur travail ?

Pour tenter de répondre à cette question, deux hypothèses ont été émises :

- 1) L'ergothérapeute peut jouer un rôle dans l'aménagement du poste de travail pour permettre la reprise de l'activité professionnelle.
- 2) L'ergothérapeute collaborera avec les autres professionnels de santé qui sont présents dans l'équipe multidisciplinaire, ce qui permettra d'optimiser la prise en soin de la patiente.

Partie méthodologie

1. Choix de l'outil

Le choix de l'outil s'est fait suite à une première recherche sur le sujet du retour au travail après un cancer du sein, et du rôle de l'ergothérapeute dans ce domaine. La majorité des articles trouvés traitait soit de l'ergothérapie et de la réinsertion professionnelle, soit de l'ergothérapie et de l'oncologie de manière globale, ou alors de l'oncologie et du retour au travail, mais ils n'abordaient peu ou pas les trois sujets en même temps. C'est pour cela qu'il a été choisi de faire une scoping review afin de faire un « état des lieux » pour essayer de répondre au questionnement initial.

Selon Sylvie Tétrault et Sophie Blais-Michaud, la scoping review permet d'obtenir une vue d'ensemble d'une thématique de recherche. Elle permet d'identifier les thèmes reliés à une question de recherche, ainsi que les principales sources documentaires et les preuves existantes. L'étude de la portée utilise la pertinence des résultats, plutôt que la qualité de la recherche comme critère d'inclusion. (Tétrault & Blais-Michaud, 2014)

L'étude de la portée peut servir de méthode finale en elle-même, surtout si l'objectif est de colliger les données sur un domaine précis.

Elle comprend cinq étapes essentielles qui sont : (Arksey & O'Malley, 2005)

- 1) Définir l'objectif et la question de recherche
- 2) Identifier les sources d'informations pertinentes
- 3) Faire la sélection des études
- 4) Analyser les données à l'aide d'une grille
- 5) Rassembler, résumer et présenter les résultats.

Une sixième étape est également présente dans la scoping review. Il s'agit d'une étape facultative qui a pour objectif de consulter les experts.

1.1. Etape 1 : Définir l'objectif et la question de recherche

Pour réaliser cette première étape, la méthode PICO est utilisée. Cette méthode a été élaborée et proposée par des chercheurs en sciences infirmières afin de permettre l'élaboration d'une question pouvant être scientifiquement répondue. (Tétrault, 2014)

Afin de bien comprendre la signification de l'acronyme PICO, nous allons le détailler ci-dessous :

- La lettre P définit le patient, la population ou le problème. Il s'agit du sujet de l'étude.
- La lettre I définit l'intervention qui sera évaluée.
- La lettre C détermine le comparateur, la comparaison ou le contrôle qui sera effectué.
- Enfin, la lettre O correspond à l'outcome ou à la résultante. C'est-à-dire à l'évènement mesuré, le résultat attendu ou le critère de jugement.

Population	<ul style="list-style-type: none"> - Des femmes - Agées de 18 à 65 ans (c'est-à-dire en âge de travailler) - Atteintes d'un cancer du sein - Souhaitant reprendre le travail - Des ergothérapeutes
Intervention	L'intervention est réalisée à l'aide de la scoping review.
Comparaison	Aucune comparaison.
Outcomes	Déterminer les différentes manières dont l'ergothérapeute peut accompagner les femmes à reprendre leur activité professionnelle après leur cancer du sein.

Tableau 1 : Application de la méthode PICO

1.2. Etape 2 : identifier les sources d'informations pertinentes

Les mots clés utilisés lors des recherches sont les suivants :

- En français : « Ergothérapie » ; « Cancer du sein » ; « retour au travail ».
- En anglais : « occupational therapy » ; « breast cancer » ; « return to work ».

Les bases de données consultées pour la recherche sont :

- Pubmed
- SpringerLink
- Google Scholar
- Sciencedirect
- OTseeker
- Cairn.info

1.3. Etape 3 : Faire la sélection des études

Lors de la première recherche dans les bases de données citées ci-dessus, 1502 résultats ont été trouvés avec les recherches suivantes :

- « occupational therapy » AND « breast cancer » AND « return to work »
- « ergothérapie » ET « cancer du sein » ET « retour au travail »

Afin de réduire le nombre de données obtenues pour avoir des articles plus précis, il a été nécessaire de mettre en place des critères d'inclusion (comme par exemple la date de publication ou la langue dans laquelle est rédigé l'article).

De ce fait, les documents sélectionnés devaient être publiés entre 2010 et 2020, soit sur une période de dix ans. Une fois ce critère appliqué dans les bases de données, les résultats obtenus étaient au nombre de 1079.

Puis, la recherche d'articles s'est ensuite effectuée sur la base du titre, du résumé et des mots clés des articles, dans lesquels les trois mots clés déterminés précédemment devaient être présents. Onze articles ont été obtenus à la suite de cette recherche. Sur ces onze articles, six ont été supprimés car il s'agissait de doublons.

Après avoir lu le résumé des cinq documents restants, deux ont été exclus car soit ils n'étaient pas rédigés en français ou en anglais, soit ils n'abordaient pas le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement du retour au travail auprès des femmes atteintes d'un cancer du sein.

Enfin, pour terminer la sélection des articles, une lecture complète de l'article a été faite afin de s'assurer de la pertinence du document. Au total, trois articles ont été gardés pour la scoping review.

Des recherches ont aussi été effectuées au sein de la littérature grise afin d'essayer de répondre à la problématique. Selon Sylvie Tétrault et Sophie Blais-Michaud, la littérature grise concerne à la fois des rapports techniques ou de recherche, des thèses de doctorat ou des mémoires de maîtrise, des actes de congrès, des publications gouvernementales, etc.

Cela concerne donc tout ce qui n'est pas publié dans une revue scientifique avec comité de pairs. (Tétrault & Blais-Michaud, 2014)

La littérature grise qui était présente au début de la recherche d'articles a été identifiée de deux façons différentes :

- soit en utilisant la bibliographie d'un document initial,
- soit en se renseignant auprès des professionnels de santé.

En revanche, après avoir analysé tous les documents identifiés, aucun n'a été gardé pour la scoping review car ils ne permettaient pas de répondre à la problématique posée pour diverses raisons.

Un diagramme de flux a été réalisé en se référant à la méthode de Peters et Al (2015). Celui-ci reprend la démarche de recherche à l'étape où la sélection des articles s'est faite sur la base du titre, du résumé et des mots clés des documents.

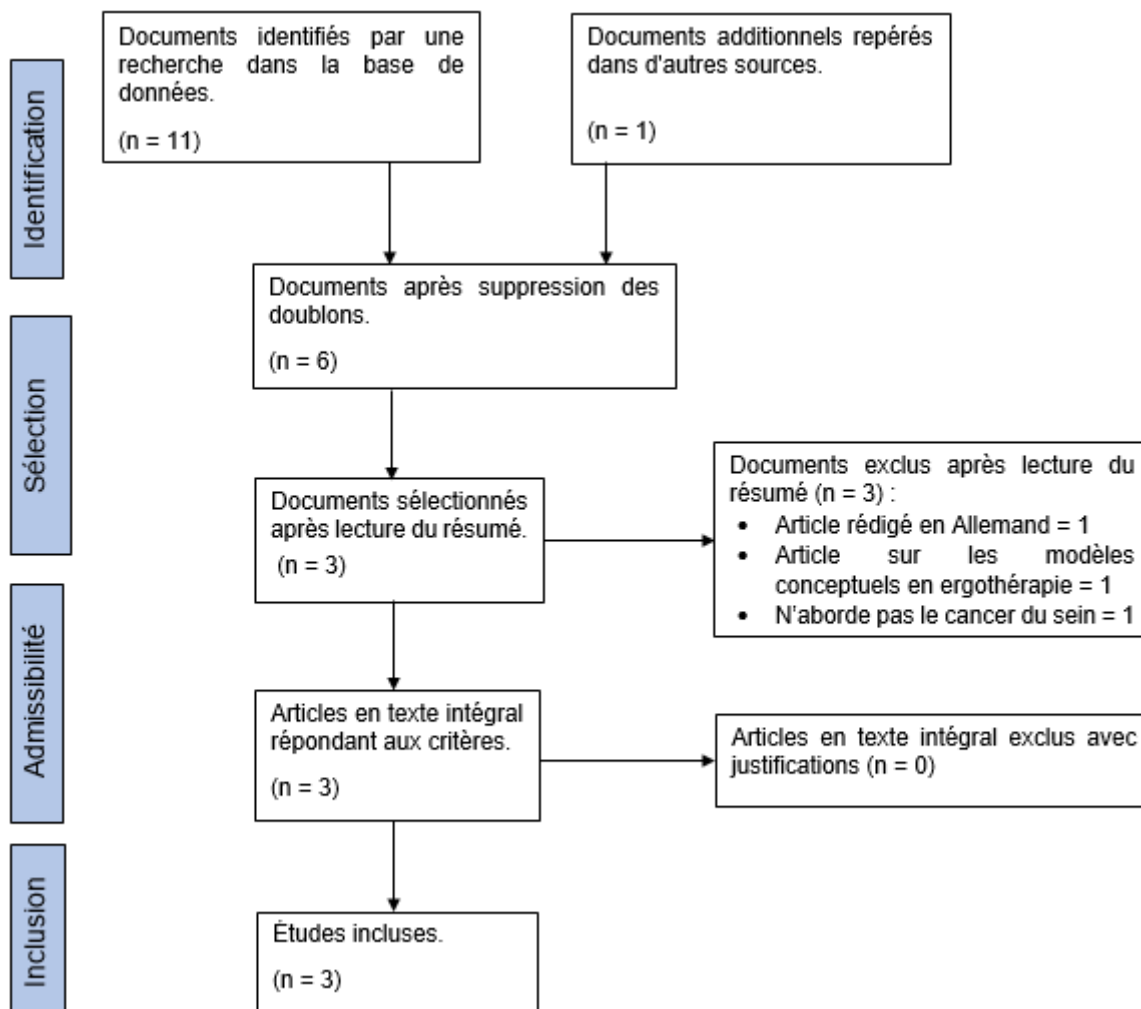


Figure 3 : Diagramme de flux (Peters et al., 2015)

1.4. Etape 4 : Analyser les données à l'aide d'une grille.

Une grille d'analyse a été réalisée sur Excel afin de présenter les articles étudiés et les résultats retenus pour répondre à la problématique (cf Annexe I).

Cette grille a été faite en utilisant les éléments de description suivants (Arksey & O'Malley, 2005) :

- Le titre de l'article
- Les auteurs
- L'année de publication
- Le lieu de l'étude
- La durée de l'étude
- La population étudiée
- Les objectifs de l'étude

- Le type d'intervention - la méthodologie utilisée
- Les résultats obtenus

1.5. Etape 5 : Rassembler, résumer et présenter les résultats.

Après avoir réalisé la grille d'analyse, nous pouvons passer à l'étape 5 de la scoping review.

Cette étape permet de dresser un portrait global de toutes les informations recueillies. Elle permet, entre autres, d'identifier les contradictions et les lacunes dans les écrits existants ainsi que les résultats les plus probants. (Tétreault & Blais-Michaud, 2014)

Les résultats des articles analysés vont être présentés dans la partie suivante.

1.6. Etape 6 (Facultative) : Consulter les experts

La consultation de divers experts va permettre de valider les sources documentaires trouvées dans la scoping review, mais également d'en rajouter d'autres.

Le choix des experts devra être encadré par certains critères, afin d'assurer l'exactitude de leurs commentaires.

De plus, d'après les auteurs, cette étape ajouterait de la rigueur scientifique à l'étude de la portée (Tétreault & Blais-Michaud, 2014).

Cependant, cette étape facultative ne sera pas réalisée au sein de ce mémoire par manque de temps et de moyens.

Résultats

La partie « Résultats » correspond à l'étape 5 de la méthodologie d'Arksey et O'Malley (2005) pour faire une scoping review.

Pour réaliser cette partie, Levac et ses collègues (2010) recommandent de faire un classement selon les thématiques abordées. C'est donc la méthode qui a été utilisée.

Au total, sept thèmes différents sont régulièrement abordés dans les trois articles étudiés. Ceux-ci vont être décrits ci-dessous. A savoir qu'ils ne seront pas présentés dans l'ordre chronologique de l'intervention de l'ergothérapeute.

1. Une intervention ergothérapique précoce

Pour commencer, il est important que la prise en soin ergothérapique des patientes atteintes d'un cancer du sein se fasse de manière précoce. Les auteurs des articles ont insisté sur ce point clé. Nous constatons que celui-ci est abordé un grand nombre de fois dans les articles :

« *Une intervention précoce est importante. Dès le début du processus de réadaptation, et même dès le diagnostic, l'ergothérapie devrait être proposée à la patiente atteinte d'un cancer du sein* ». (H. a. M. Désiron et al., 2014)

« *Désiron et Al. ont indiqué que l'ergothérapie doit être disponible dès les premiers stades du processus de réadaptation de la patiente atteinte d'un cancer du sein.* » (Huguette A. M. Désiron et al., 2016)

« *La nécessité de prendre en compte le retour au travail dans le processus de soins, dès le moment du diagnostic* » (Huguette A. M. Désiron et al., 2016)

En revanche, les auteurs ne précisent pas le moment exact de l'intervention de l'ergothérapeute mais ils sont persuadés que celle-ci doit avoir lieu le plus rapidement possible.

« *Dans cette enquête qualitative, les participants ne sont pas allés dans le détail du moment exact (pendant ou après le traitement) où les patientes devraient avoir accès à l'ergothérapie. Ils estiment que cela devrait se faire « dès que possible » et « au moment où la patiente se dit prête à le faire ».* » (H. a. M. Désiron et al., 2014)

« *Tamminga et Al. insistent également sur la nécessité d'un démarrage précoce pour améliorer les résultats des interventions de retour au travail, sans être plus précis sur le temps ou le moment exact du processus de traitement.* » (H. a. M. Désiron et al., 2014)

Ces constatations sont également conformes à celles de Petersson et Al. puisqu'ils affirment qu' « *il est essentiel d'inclure très tôt les aspects du travail dans les plans de traitements et de réadaptation de ces patientes.* » (H. a. M. Désiron et al., 2014)

De plus, les auteurs se sont accordés sur le fait que cette intervention précoce permettrait à l'ergothérapeute d'échanger avec la patiente à propos de son retour au travail.

« *Dès le premier jour de contact entre le patient et l'ergothérapeute, il est important de discuter avec lui de son travail, des possibilités de réadaptation qui lui sont offertes pour l'aider à maintenir ou à restaurer son travail.* » (H. a. M. Désiron et al., 2014)

« Les experts s'accordent à dire qu'un processus de retour au travail devrait commencer systématiquement dès l'admission d'un patient, visant à restaurer les capacités, les activités et la participation. » (H. a. M. Désiron et al., 2014)

Enfin, les auteurs expliquent que cette intervention précoce en ergothérapie aidera à réduire le risque de la perte d'emploi. Cela évitera aussi une diminution de la participation sociale et professionnelle de la patiente atteinte du cancer du sein.

« Les patientes atteintes d'un cancer du sein ressentent le besoin d'obtenir de l'aide, dès le moment du diagnostic, afin de prévenir la perte d'emploi et de participation. » (Huguette A. M. Désiron et al., 2016)

2. Réalisation de bilans et d'évaluations avec les patientes

Lors des premières rencontres avec un ou une patient(e) en ergothérapie, des bilans sont réalisés pour évaluer ses capacités et ses incapacités, pour connaître ses habitudes de vie ainsi que son projet de vie (dans lequel sont compris ses besoins et ses attentes). Cela permet à l'ergothérapeute d'orienter sa prise en soin.

Concernant les patientes atteintes d'un cancer du sein, les démarches effectuées en ergothérapie sont identiques à celles mentionnées ci-dessus.

L'ergothérapeute « utilise une admission qui fournit des informations diagnostiques et pronostiques ; une évaluation des capacités du travailleur, y compris une évaluation sur le lieu de travail et enfin, une évaluation des capacités physiques ou des évaluations des capacités fonctionnelles. » (Huguette A. M. Désiron et al., 2016)

Il va réaliser une « évaluation des capacités du patient, des facteurs contextuels (personnels et environnementaux) qui peuvent avoir un impact sur le retour au travail » (H. a. M. Désiron et al., 2014)

Cet accompagnement en ergothérapie des patientes atteintes d'un cancer du sein nécessite une évaluation d'un certain nombre d'aspects tels que : « les facteurs personnels de la patiente (par exemple, les facteurs démographiques, le statut socio-économique, la déficience et la santé), ses rôles et habitudes individuels (habitation), sa capacité à fonctionner dans la vie quotidienne (performance esprit-cerveau-corps) et ses valeurs et intérêt (volition). » D'après les auteurs de l'article « ces aspects constituent le point de départ des interventions thérapeutiques. » (Huguette A. M. Désiron et al., 2016)

Ces démarches sont également appuyées par Cook et Lukersmith, puisqu'ils considèrent que la première phase du processus de retour au travail consiste « à évaluer le travailleur, son travail habituel et les facteurs contextuels (personnels ou environnementaux) qui ont un impact sur le (ré)emploi. » (Huguette A. M. Désiron et al., 2016)

Enfin, lors de la prise en soin en ergothérapie, il est également important de prendre en compte les besoins psychosociaux des patientes, et non pas uniquement les difficultés physiques.

D'une part, les chefs de service d'ergothérapie pensent que « pour les patientes atteintes d'un cancer du sein en particulier, les soins psychosociaux doivent être pris en compte, même

lorsque les plaintes de ces patientes s'expriment surtout en termes de problèmes physiques. Ils indiquent que l'attention portée aux aspects psychosociaux dans les soins des patientes est également un élément de bonne pratique en matière d'ergothérapie. » (H. a. M. Désiron et al., 2014)

Et d'autre part, les patientes font aussi la demande pour que leurs besoins psychosociaux soient pris en compte par les professionnels de santé. « *Les patientes atteintes d'un cancer du sein expriment un besoin de soutien psychosocial supplémentaire lors de leur retour au travail, besoin qui n'est pas suffisamment pris en compte.* » (Huguette A. M. Désiron et al., 2016)

Il s'avère donc essentiel d'intégrer les besoins psychosociaux lors de la prise en soins en ergothérapie.

3. Définition des objectifs thérapeutiques

La définition des objectifs est une étape qui arrive généralement à la suite des bilans réalisés par l'ergothérapeute. D'après Désiron et Al. « *l'ergothérapie doit soutenir la définition des objectifs du processus de retour au travail en mettant l'accent sur les capacités de la patiente.* » (Huguette A. M. Désiron et al., 2016). « *La définition des objectifs du processus de retour au travail guidé par l'ergothérapie doit être axée sur les capacités du patient et liée à la qualité de vie totale des patients* ». (H. a. M. Désiron et al., 2014)

Pour réaliser cette étape, il est nécessaire que l'ergothérapeute collabore avec la patiente. « *La définition des objectifs pour une intervention thérapeutique n'est pas spécifique à l'ergothérapie, mais elle doit se faire en collaborant avec la patiente et en gardant comme objectif final la participation sociale et professionnelle à la société.* » (H. a. M. Désiron et al., 2014).

Cette collaboration permettra également à l'ergothérapeute d'établir des objectifs à court, moyen et long terme. « *établissement d'objectifs à court et à long terme* » (Huguette A. M. Désiron et al., 2016). « *l'ergothérapeute tente de prédire les objectifs à long terme* » (Huguette A. M. Désiron et al., 2016)

Il est important que la patiente soit totalement investie dans la détermination de ses objectifs. « *la littérature souligne que les patients doivent être impliqués dans la définition de leurs objectifs* » (H. a. M. Désiron et al., 2014). Cela augmentera la participation et l'implication de la patiente dans son parcours de soins (rééducation, réadaptation ou réinsertion).

Les objectifs établis avec la patiente seront aussi présentés, discutés voire modifiés avec l'ensemble de l'équipe professionnelle qui intervient auprès de la patiente, puisque chaque acteur participera d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ces objectifs. « *la réalisation des objectifs des patients doit être la base de tous les membres de l'équipe, mais surtout de l'ergothérapie* » (H. a. M. Désiron et al., 2014). « *Participation de toutes les parties prenantes à la définition des objectifs* » (Huguette A. M. Désiron et al., 2016). « *Ces objectifs thérapeutiques, inclus dans le calendrier de retour au travail, sont identifiés en utilisant une prise de décision partagée avec la consultation et l'accord du travailleur, du personnel médical, de l'équipe multidisciplinaire, de l'employeur et, le cas échéant, des organisations pertinentes* »

qui financent des parties de l'intervention ou des adaptations. » (Huguette A. M. Désiron et al., 2016)

Le retour au travail est un des objectifs principaux des patientes après un cancer du sein. « *Le retour au travail est le but ultime* » (H. a. M. Désiron et al., 2014). Cette affirmation est appuyée par Petersson et Al. car ils ont constaté que « *peu après une opération du cancer du sein, la plupart des femmes valorisaient fortement le travail, même comme l'une des choses les plus importantes de leur vie.* » (H. a. M. Désiron et al., 2014). C'est pour cela qu'il est important d'intégrer le retour au travail dans les objectifs thérapeutiques.

Tous les professionnels de santé qui collaborent avec la patiente sont concernés par ce retour au travail. « *Selon les experts, le retour au travail est un objectif pour les parties prenantes primaires et secondaires* » (H. a. M. Désiron et al., 2014). Ils participeront tous à l'aboutissement de cet objectif « final ».

L'ergothérapeute reste tout de même l'acteur central dans la mise en place de cet objectif. « *Le responsable de l'ergothérapie indique que pour eux, l'inclusion du travail dans le processus de définitions des objectifs finaux est une partie évidente du rôle de l'ergothérapie dans le cadre de la réadaptation.* » (H. a. M. Désiron et al., 2014)

Enfin, tout au long de la prise en soin de la patiente, les objectifs pourront être modifiés ou améliorés en fonction de l'évolution de l'état de santé de la patiente, mais aussi en fonction de ses demandes. « *des ajustements peuvent être apportés aux objectifs ou aux éléments du programme à la suite d'évènements* » (Huguette A. M. Désiron et al., 2016).

4. Le travail en équipe multidisciplinaire

Le travail en équipe multidisciplinaire auprès des femmes atteintes d'un cancer du sein est primordial. « *une bonne pratique en matière d'ergothérapie exige que le service d'ergothérapie soit fourni dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire comprenant le patient, les thérapeutes, les infirmières et les médecins* ». (H. a. M. Désiron et al., 2014).

Nous pouvons voir qu'il s'agit d'un point crucial dans la prise en soin des patientes puisque les auteurs l'ont évoqué maintes fois au sein des trois articles :

« *L'ergothérapie doit s'inscrire dans un cadre pluridisciplinaire* ». (Huguette A. M. Désiron et al., 2016)

« *Les services d'ergothérapie doivent s'inscrire dans un cadre multidisciplinaire* » (H. a. M. Désiron et al., 2014)

« *Tant la recherche scientifique que les résultats cliniques indiquent la nécessité d'offrir une assistance multidisciplinaire aux patientes atteintes d'un cancer du sein* » (Huguette A. M. Désiron et al., 2016)

Ensuite, il est important que tous les professionnels intégrés dans l'équipe multidisciplinaire travaillent ensemble pour réaliser les objectifs thérapeutiques qui auront été définis auparavant. « *Avec l'ergothérapeute comme gestionnaire de cas, le patient/travailleur et les parties prenantes concernées collaborent ensuite pour réaliser les objectifs à court terme étape par étape, en visant finalement les objectifs à long terme.* » (Huguette A. M. Désiron et

al., 2016). « *Les chefs de départements d'ergothérapie partent du principe que dans une équipe intégrée et multidisciplinaire, la réalisation des objectifs des patients doit être la base de tous les membres de l'équipe, mais surtout de l'ergothérapie.* » (H. a. M. Désiron et al., 2014). Il est également nécessaire qu'un lien soit fait entre chaque professionnel afin d'améliorer la qualité des soins prodigués. D'après les auteurs des articles, ce lien peut être établi par l'ergothérapeute. « *l'ergothérapeute peut fournir au patient une vue d'ensemble, en agissant comme intermédiaire entre toutes les différentes disciplines* » (H. a. M. Désiron et al., 2014).

Enfin, concernant le retour au travail des patientes, l'ergothérapeute va faire en sorte que tous les professionnels de santé intégrés dans l'équipe multidisciplinaire participent à la réalisation de cet objectif. « *L'intervention ergothérapeutique doit engager toutes les parties prenantes à explorer et à optimiser le retour au travail* ». (H. a. M. Désiron et al., 2014)

Les auteurs insistent également sur le fait que « *Les ergothérapeutes guidant le retour au travail devraient être conscients de la grande importance qui doit être accordée au respect des opinions et des rôles de tous les intervenants, y compris le rôle du médecin du travail et du médecin de l'assurance sociale* » (Huguette A. M. Désiron et al., 2016)

A propos de cette collaboration multidisciplinaire accompagnant le retour au travail, elle ne se fera pas uniquement avec les professionnels de santé. Elle s'effectuera aussi avec l'employeur de la patiente, sur le lieu de travail. « *une prise de décision partagée avec la consultation et l'accord du travailleur, du personnel médical, de l'équipe multidisciplinaire, de l'employeur et, le cas échéant, des organisations pertinentes qui financent des parties de l'intervention ou des adaptations* ». (Huguette A. M. Désiron et al., 2016)

5. La visite sur le lieu de travail, l'analyse et l'aménagement du poste de travail

La visite du lieu de travail est essentielle dans la démarche du retour au travail de la patiente. « *Les résultats de la recherche confirment l'importance d'améliorer le soutien sur le lieu de travail, dans lequel la visite du lieu de travail est un élément essentiel.* » (H. a. M. Désiron et al., 2014). Désiron et Al. confirment également que « *l'ergothérapie doit inclure des visites sur le lieu de travail pour observer la situation de la patiente* » (Huguette A. M. Désiron et al., 2016)

Cette visite sur le lieu de travail est composée de plusieurs étapes telles que l'analyse du travail, l'observation de la patiente, l'analyse du poste de travail, ou encore, l'aménagement du poste de travail ou des activités effectuées. Il est possible que ces étapes soient réalisées et réparties sur plusieurs jours.

Tout d'abord, la visite du lieu de travail sera effectuée par l'ergothérapeute. Celui-ci sera accompagné de la patiente atteinte du cancer du sein.

Une fois arrivé sur le lieu de travail, l'ergothérapeute analysera le poste de travail de la patiente. « *L'analyse du poste de travail fournit des informations détaillées sur les tâches et les compétences impliquées, sur ce que le travailleur doit faire, sur les raisons pour lesquelles il doit le faire et sur la manière dont il doit le faire.* » (Huguette A. M. Désiron et al., 2016)

Ensuite, il fera une analyse du travail en réalisant des mises en situations avec la patiente. « *L'ergothérapeute utilise une analyse du travail afin d'évaluer les exigences physiques, cognitives, psychosociales et environnementales des tâches habituelles du travailleur* » (Huguet A. M. Désiron et al., 2016). Les mises en situations permettront à l'ergothérapeute d'observer la patiente et ainsi de faire le lien avec les capacités et les difficultés observées au cours des séances d'ergothérapie précédentes. Il observera également les tâches et les activités qu'elle doit faire, pour relever tous les problèmes potentiels afin de pouvoir aménager le poste de travail par la suite et ainsi l'adapter aux difficultés rencontrées par la patiente. « *Les chefs de service d'ergothérapie indiquent la nécessité d'une visite sur le lieu de travail pour permettre à l'ergothérapeute d'avoir une bonne vue de la profession (les activités spécifiques) du patient.* » (H. a. M. Désiron et al., 2014)

Enfin, une fois la situation analysée, l'ergothérapeute fera des préconisations d'aménagements et d'aides techniques. « *Une éventuelle modification de l'environnement, des tâches, des outils ou des équipements peuvent être nécessaires pour améliorer l'adéquation entre le travailleur et le travail* » (Huguet A. M. Désiron et al., 2016). « *Les ergothérapeutes ne font pas seulement partie du cadre thérapeutique du patient (dans les soins et la réadaptation), ils font également partie de l'équipe (de santé au travail) qui collabore sur le lieu de travail pour suivre les évolutions et aider à mettre en place des solutions adéquates pour parvenir à un retour au travail sain et sûr, en respectant les risques spécifiques du lieu de travail.* » (Huguet A. M. Désiron et al., 2016). Pour mettre en place ces préconisations, un échange avec l'employeur sera nécessaire afin de voir avec lui si les aménagements préconisés seront réalisables ou non.

6. L'ergothérapeute, acteur de communication permettant de faire le lien entre les soins et le travail

D'après les auteurs des articles, l'ergothérapeute est considéré comme un acteur de communication. Dans le cadre du retour au travail, Désiron et Al. ont indiqué que « *l'ergothérapie doit prendre contact avec toutes les parties prenantes* ». (Huguet A. M. Désiron et al., 2016)

L'ergothérapie permet de faire l'intermédiaire entre tous les professionnels de santé qui prennent en soin une patiente atteinte d'un cancer du sein. « *L'ergothérapeute peut fournir au patient une vue d'ensemble, en agissant comme intermédiaire entre toutes les différentes disciplines.* » (H. a. M. Désiron et al., 2014). « *Les ergothérapeutes utilisent leurs compétences professionnelles comme base pour leur raisonnement professionnel et pour relier ainsi leurs conclusions à celles de l'équipe multidisciplinaire.* » (Huguet A. M. Désiron et al., 2016).

De plus, dès la première rencontre avec la patiente, l'ergothérapeute va informer, conseiller et aider la patiente pour qu'elle puisse maintenir ou reprendre son activité professionnelle. (H. a. M. Désiron et al., 2014). « *L'ergothérapie devrait être proposée à la patiente atteinte d'un cancer du sein, sur la base d'une longue prise en charge et consistant à informer et à aider les parties prenantes à conserver une activité professionnelle* » (H. a. M. Désiron et al., 2014). Il prend en compte la participation sociale et professionnelle de la patiente pour éviter que celle-ci ne diminue.

Dans les articles, les différents auteurs relèvent le fait que les patientes rencontrent souvent des difficultés à passer du statut de « patient » au statut de « participant à la société ». D'après Huguette A. M. Désiron, il semble évident que les ergothérapeutes sont bien placés pour soutenir cette démarche.

L'ergothérapeute a un « double rôle » puisqu'il intervient auprès de la patiente dans sa prise en soin en rééducation et/ou réadaptation, mais il intervient aussi sur son lieu de travail afin de lui permettre de reprendre son travail. « *Les ergothérapeutes ne font pas seulement partie du cadre thérapeutique du patient (en soins et en réadaptation), ils font également partie de l'équipe de santé au travail* » (Huguette A. M. Désiron et al., 2016). Il joue donc un rôle important dans le parcours de soins de la patiente, puisqu'il fait le lien entre les soins de santé et le travail. « *les ergothérapeutes guidant le retour au travail devraient être conscients [...] et du rôle important qu'ils jouent en tant que participant (du côté des soins) et coach (du côté du travail) pour combler le fossé entre les deux côtés de la réalité de la patiente atteinte d'un cancer du sein en ce qui concerne le retour au travail* » (Huguette A. M. Désiron et al., 2016)

Enfin, d'après les auteurs, l'ergothérapeute possède bien les compétences qui lui permettent de faire le lien entre la patiente et l'employeur. « *Un ergothérapeute est, de par sa formation, un excellent professionnel dans la santé pour combler le fossé entre les soins de santé et l'employeur.* » (H. a. M. Désiron et al., 2014). Comme dit précédemment, la communication entre l'ergothérapeute et l'employeur de la patiente permettra de mettre en place une reprise du travail au moment opportun, et ce, dans les meilleures conditions (physique, sociale, environnementale) pour la patiente. « *Pour parvenir à un retour durable au travail, l'ergothérapeute et le patient doivent communiquer (concernant les règles juridiques et professionnelles) avec les employeurs et les autres parties prenantes au niveau législatif (par exemple, le prestataire d'assurance maladie).* » (Huguette A. M. Désiron et al., 2016)

7. Réalisation d'un programme personnalisé

Pour chaque patiente prise en soin en ergothérapie, un programme personnalisé sera réalisé et mis en place par l'ergothérapeute. « *l'assistance ergothérapeutique doit consister en des programmes de soutien sur mesure* » (Huguette A. M. Désiron et al., 2016).

Ce programme répondra aux demandes et aux besoins de la patiente, et sera adapté en fonction de ses capacités. « *Pour les responsables du service d'ergothérapie, il est évident que les actions des thérapeutes impliqués dans le programme de réadaptation doivent être adaptées aux besoins du patient et à sa situation spécifique.* » (H. a. M. Désiron et al., 2014)

« *un programme thérapeutique dans lequel les actions, le calendrier et les tâches sont bien raisonnés, et qui fournit les moyens d'aider le travailleur à reprendre des tâches qui correspondent le mieux possible aux capacités du patient.* » (Huguette A. M. Désiron et al., 2016)

Par exemple, il est possible que deux patientes rencontrent les mêmes gênes ou douleurs, mais, qu'en fonction de leur travail, les difficultés rencontrées ne soient pas les mêmes tout comme les aménagements à réaliser. D'où l'importance d'aller sur le lieu de travail et d'analyser le poste. Ce programme thérapeutique inclut également « *l'éducation ou la formation, de préférence intégrée dans les parties du programme de l'intervention afin que le travailleur apprenne à utiliser les compétences nécessaires pour entreprendre de nouvelles*

tâches, à utiliser correctement les nouveaux équipements et à se comporter de manière sûre lorsqu'il travaille dans un environnement adapté. »(Huguette A. M. Désiron et al., 2016)

De plus, nous savons que chaque patiente aura ses propres objectifs donc le programme thérapeutique mis en place ne peut pas être identique pour toutes. C'est pour cela que chaque programme sera personnalisé pour chaque patiente, même s'il y aura sûrement des parties similaires voire communes à toutes les patientes. « *développer des actions sur mesure axées sur les objectifs en utilisant une mise en œuvre progressive du processus de retour au travail, y compris une évaluation et des ajustements continus des objectifs et des actions* » (Huguette A. M. Désiron et al., 2016)

Il est important de souligner que ce programme thérapeutique personnalisé pourra être ajusté voire modifié tout au long de la prise en soin pour convenir au mieux à la patiente. « *Des ajustements peuvent être apportés aux objectifs ou aux éléments du programme à la suite d'évènements imprévus tels qu'une opération chirurgicale, une maladie physique ou psychologique, des changements dans l'organisation du côté de l'employeur, etc. Cela peut obliger le patient à reconsidérer des décisions antérieures.* »(Huguette A. M. Désiron et al., 2016)

« *le modèle d'organisation reconnaît la nécessité pour le thérapeute d'offrir un service de retour au travail sur mesure dans les différentes phases de la transition entre la patiente et la survivante.* » (Huguette A. M. Désiron et al., 2016)

« *L'intervention ergothérapeutique est mise en place en fonction de l'évolution du patient, tout en respectant la législation spécifique et les risques professionnels* » (H. a. M. Désiron et al., 2014)

Enfin, la mise en place d'un programme thérapeutique personnalisé devrait être systématiquement réalisée auprès des patientes atteintes d'un cancer du sein, car les auteurs des articles affirment que cela répondrait de façon positive aux attentes et aux besoins de cette population. « *L'évaluation positive unanime des participants montre que le développement d'un programme d'ergothérapie bien structuré et systématique pour aider au retour au travail répond à un besoin du groupe cible et est d'une grande pertinence sociale* ». (Huguet Andrea Marcella Désiron, 2014)

Pour conclure, d'après les résultats de cette étude, l'ergothérapeute devra utiliser une approche holistique, centrée sur le patient, qui sera intégrée dans un travail d'équipe multidisciplinaire. (H. a. M. Désiron et al., 2014) ; (Huguet Andrea Marcella Désiron, 2014)

Discussion

Au sein de cette partie, nous allons analyser les résultats obtenus dans la scoping review. Nous commencerons par faire un rappel de la problématique de ce mémoire, puis nous vérifierons la validité des deux hypothèses établies. Nous exposerons également les limites de cette étude. Pour finir cette discussion, nous aborderons les perspectives en ergothérapie concernant le cancer du sein et la réinsertion professionnelle.

Le mémoire a pour sujet la réinsertion professionnelle des femmes qui ont eu un cancer du sein. L'objectif de cette étude était de comprendre le rôle de l'ergothérapeute auprès de ces femmes. Pour cela, une scoping review a été réalisée afin d'essayer de répondre à la question suivante :

De quelle manière l'ergothérapeute peut-il accompagner les femmes qui ont eu un cancer du sein à reprendre leur travail ?

Notre première hypothèse supposait que l'un des rôles de l'ergothérapeute était d'aménager le poste de travail de la patiente.

L'analyse des données a révélé que, l'ergothérapeute participe à l'aménagement du poste de travail des femmes qui ont eu un cancer du sein. Ce rôle est abordé de manière récurrente au sein des trois articles étudiés dans la scoping review.

Cependant, avant d'aménager le poste de travail d'une personne, l'ergothérapeute devra réaliser les étapes suivantes. Dans un premier temps, il devra faire une visite sur le lieu de travail afin de réaliser une mise en situation écologique avec la patiente. Cela lui permettra d'observer la situation de la patiente, d'analyser son poste de travail mais aussi d'évaluer les exigences physiques, cognitives, psychosociales et environnementales des activités réalisées par la patiente.

Puis, une fois ces étapes réalisées, l'ergothérapeute proposera à la patiente des adaptations et des aides techniques pour aménager son poste de travail afin de répondre à ses besoins ainsi qu'à ses demandes. Afin que le projet d'aménagement du poste de travail soit accepté, une consultation avec l'employeur sera nécessaire. Une fois que l'employeur aura donné son accord, les aménagements pourront être réalisés. Cela permettra à la patiente de reprendre son activité professionnelle dans un environnement sain et sécurisé.

Enfin, un suivi régulier de la patiente sera effectué sur du long terme car il est possible que les séquelles de la patiente évoluent avec le temps (que ce soit de manière positive ou négative). Du coup, ses difficultés ne seront plus les mêmes. Par conséquent, il sera nécessaire de modifier les aménagements et/ou les aides techniques installés auparavant, afin de permettre à la patiente de continuer à travailler dans un environnement adapté.

Nous pouvons donc supposer que cette première hypothèse est validée car l'ergothérapeute joue bien un rôle dans l'aménagement du poste de travail. Nous pouvons imaginer que pour effectuer cette étape, l'ergothérapeute fera appel à d'autres professionnels comme par exemple un ergonomiste ou des revendeurs médicaux afin de faciliter le retour au travail. Ce qui nous amène à notre deuxième hypothèse.

Dans la seconde hypothèse, il était dit que la collaboration de l'ergothérapeute avec les autres professionnels de santé, présents dans l'équipe multidisciplinaire, permettrait d'optimiser la prise en soin de la patiente.

Dans les trois articles étudiés, nous avons remarqué que la collaboration multidisciplinaire était un point essentiel dans la prise en soin des patientes atteintes d'un cancer du sein puisque celle-ci était régulièrement abordée.

Du diagnostic du cancer du sein jusqu'à la reprise du travail, le parcours de soin d'une patiente peut s'avérer complexe. Un grand nombre de professionnels (de santé) y est rencontré. Afin d'optimiser ce parcours de soin, et par la même occasion les soins proposés à la patiente, il est primordial que tous ces professionnels collaborent entre eux.

Contrairement à ce qui est énoncé dans l'hypothèse, il ne faut pas uniquement une collaboration entre l'ergothérapeute et les autres professionnels de santé. Il est également nécessaire que les autres professionnels collaborent entre eux. Cette cohésion au sein de toute l'équipe renforcera et améliorera les prises en soin des patientes.

La collaboration multidisciplinaire peut être instaurée, par exemple, à l'aide de logiciels informatiques, de dossiers patients ou encore de réunions multidisciplinaires.

De ce fait, nous pouvons penser que la communication (écrite et/ou orale) entre les professionnels est l'un des points clés de cette collaboration. En effet, si cette communication n'est pas efficiente et qu'elle rencontre des failles, il est possible que cela impacte de façon négative la prise en soin d'une patiente.

De plus, nous savons que chaque professionnel possède des compétences propres à sa discipline. Certaines de ces compétences peuvent aussi être communes avec d'autres professionnels. Donc si celles-ci sont bien harmonisées lors du travail en équipe, la prise en soin de la patiente sera optimale. Les objectifs définis par la patiente ainsi que par les professionnels pourront être atteints. Il est donc important que tous les professionnels soient bien intégrés à l'équipe multidisciplinaire et qu'ils collaborent de manière efficace entre eux.

Concernant notre seconde hypothèse, nous pouvons donc supposer qu'elle est validée puisque, effectivement, la collaboration de l'ergothérapeute avec les autres professionnels de l'équipe optimise bien la prise en soin de la patiente. Mais, il est important de retenir qu'il faut aussi que les autres professionnels collaborent entre eux afin de perfectionner le parcours de soin.

Pour continuer sur le sujet de l'équipe multidisciplinaire, nous avons remarqué dans les articles que, celle-ci était composée de différents professionnels tels que les médecins, les infirmiers, les aides soignants, ou encore les ergothérapeutes. Mais, vu que les études analysées se basent sur le modèle belge, nous pouvons nous demander si les équipes multidisciplinaires seront identiques ou non dans d'autres pays. Nous nous questionnerons aussi sur l'importance de la composition de cette équipe concernant la prise en soin d'une patiente.

Dans les trois articles, nous avons observé que certains professionnels n'étaient pas ou peu cités comme par exemple les kinésithérapeutes, les médecins du travail, les ergonomes ou encore les revendeurs médicaux. Nous pouvons supposer qu'en Belgique ces professionnels n'occupent pas la même place qu'en France dans le parcours de soin d'une patiente atteinte d'un cancer du sein.

De plus, nous pouvons penser que dans un pays comme la France, certains professionnels auront un rôle « principal » auprès des patientes atteintes d'un cancer du sein, tandis que dans un autre pays, comme en Belgique, ils ne joueront qu'un rôle « secondaire ». Afin d'illustrer cette pensée, nous allons prendre l'exemple du médecin du travail afin de comparer son rôle en France et en Belgique. Dans l'article « *Bridging health care and the workplace : Formulation of a return to work intervention for breast cancer patients using an Intervention Mapping Approach* », les auteurs expliquent que, d'après la loi, les employeurs belges sont obligés d'organiser les soins de santé au travail pour les employés. En revanche, les médecins du travail ne jouent qu'un rôle mineur dans la gestion des maladies et des invalidités.

Or, en France, nous savons que le médecin du travail joue un rôle important dans la reprise du travail, tout comme le médecin traitant et le médecin conseil. Nous savons aussi que, ces trois professionnels collaborent régulièrement avec les ergothérapeutes concernant le retour au travail des patientes.

Mais, nous pouvons imaginer qu'en Belgique, le rôle du médecin du travail soit suppléé par un autre professionnel de santé. Dans ce cas là, il est essentiel que ce professionnel, quel qu'il soit, soit intégré à l'équipe multidisciplinaire afin de collaborer avec l'ergothérapeute ainsi que les autres professionnels de santé qui interviennent dans le parcours de soins d'une patiente. Cette collaboration permettra de répondre aux attentes de la patiente, tout en prodiguant des soins de qualité, dans le but d'optimiser sa réinsertion professionnelle.

Pour conclure, il n'est pas capital de savoir si les professionnels intégrés à l'équipe multidisciplinaire sont identiques d'un pays à l'autre. L'objectif principal est qu'ils travaillent ensemble et qu'ils communiquent entre eux afin de maximiser les prises en soin des patientes atteintes d'un cancer du sein.

Mais il aurait quand même été intéressant d'avoir dans la scoping review des études réalisées en France afin les comparer de manière plus approfondie avec celles de Belgique.

Pour revenir à l'intervention de l'ergothérapeute, quatre étapes sont primordiales dans la prise en soin des patientes atteintes d'un cancer du sein.

En premier lieu, l'intervention de l'ergothérapeute doit être mise en place le plus précocément possible. C'est un point essentiel sur lequel les auteurs des trois articles ont insisté. Malheureusement, aucun auteur n'a pu préciser le moment idéal pour intervenir auprès de la patiente, mais ils s'accordent tous sur le fait que l'intervention doit se faire relativement tôt dans le parcours de soins.

L'intervention de l'ergothérapeute sera mise en place au cas par cas. Par exemple, pour certaines patientes, cette intervention aura lieu pendant les traitements ou juste à la fin de ceux-ci. Tandis que pour d'autres, celle-ci se produira au début du processus de rééducation ou de réadaptation.

Par conséquent, si l'intervention de l'ergothérapeute peut avoir lieu à un moment T dans le parcours de soins de la patiente mais que celui-ci n'est pas adéquat, alors son intervention sera repoussée. Dans ce cas là, l'ergothérapeute attendra pour prendre en soin la patiente afin que son intervention ait un intérêt majeur pour celle-ci, et qu'elle soit réalisée dans les meilleures conditions possibles.

Enfin, nous pouvons penser qu'une intervention précoce aidera la patiente et l'ergothérapeute à établir une relation de confiance plus rapidement. Une fois celle-ci instaurée, cela facilitera les échanges et la coopération entre le thérapeute et la patiente. La prise en soin sera optimisée.

En second lieu, l'ergothérapeute réalisera des bilans avec la patiente. Cette étape est également considérée comme primordiale dans la prise en soin de celle-ci. Au cours d'une ou plusieurs séances d'ergothérapie, plusieurs bilans pourront être réalisés. Cela permettra à l'ergothérapeute d'évaluer les capacités ainsi que les incapacités de la patiente. Il échangera avec elle sur son projet de vie. L'ergothérapeute prendra donc en compte les besoins et les attentes de la patiente afin d'essayer d'y répondre du mieux possible tout au long de sa prise en soin.

De plus, les autres professionnels de santé qui sont intégrés à l'équipe multidisciplinaire vont eux aussi réaliser des bilans avec la patiente. Chaque professionnel fera part de ses résultats lors des réunions multidisciplinaires. Il semble important que chaque professionnel, intégré à l'équipe et prenant en soin la patiente, ait connaissance des résultats des bilans propres à chaque discipline. Cela permettra d'avoir une vision plus globale et en même temps plus détaillée de la patiente.

Les données partagées par les autres professionnels pourront compléter les bilans réalisés par l'ergothérapeute. Nous obtiendrons peut-être de nouveaux éléments concernant la patiente. En effet, il est possible que certaines informations aient été omises lors de ses bilans. Ces nouvelles données pourront être nécessaires pour adapter au mieux notre prise en soin.

En troisième lieu, les objectifs thérapeutiques seront définis puis, en dernier lieu, un programme personnalisé sera mis en place. Il s'agit là des deux dernières étapes essentielles dans la prise en soin des patientes en ergothérapie.

A l'aide des bilans réalisés en ergothérapie et ceux effectués par les autres professionnels de santé, des objectifs thérapeutiques vont être établis en collaboration avec la patiente. Concernant ceux de l'ergothérapeute, ils pourront être planifiés à court, moyen et long terme.

Après avoir fixé ces derniers avec la patiente, l'ergothérapeute va mettre en place un programme personnalisé.

A la suite d'un cancer du sein, nous savons que chaque patiente se trouve dans une situation unique, singulière. Les séquelles causées par les traitements médicaux seront spécifiques à chacune d'entre elles. Les difficultés rencontrées seront aussi propres à chaque patiente.

Il ne serait pas judicieux de rédiger un programme de prise en soin qui serait commun à toutes les patientes atteintes d'un cancer du sein. Il est préférable d'adapter chaque programme thérapeutique en fonction de leurs demandes, de leurs priorités, de leur projet de vie, mais aussi de leur activité professionnelle. Cela nous amènera donc à un programme personnalisé qui permettra de répondre au mieux aux situations de chaque patiente.

Des thèmes ou des sujets communs seront présents au sein de chaque programme thérapeutique, mais l'ergothérapeute devra prendre en compte les particularités de chaque patiente. La reprise du travail fera partie des thèmes communs qui seront abordés avec toutes les patientes.

A la suite des traitements contre le cancer du sein, le retour au travail fait souvent partie des objectifs principaux de la patiente. Cet objectif se concrétise généralement en fin de prise en charge, mais il est nécessaire de l'aborder régulièrement au cours de celle-ci. Cela permettra à la patiente de bien analyser toutes les options présentées par l'ergothérapeute et de choisir celle qui lui convient le mieux.

Ensuite, l'ergothérapeute étudiera de manière plus concrète l'activité professionnelle de la patiente. Il réalisera des visites sur le lieu de travail et effectuera des mises en situations avec la patiente, ce qui nous renvoie à la première partie de la discussion.

La patiente pourra alors reprendre son activité professionnelle. Un suivi à long terme sera mis en place par l'ergothérapeute. Cela lui permettra de répondre aux demandes de la patiente si celle-ci rencontre des difficultés, que ce soit au niveau professionnel ou personnel.

Pour terminer cette discussion, nous allons commenter les compétences globales de l'ergothérapeute abordées dans les résultats de la scoping review.

Comme nous l'avons expliqué dans la partie théorique, l'ergothérapeute intervient peu dans le domaine de la réinsertion professionnelle auprès des patientes qui ont eu un cancer du sein. En France, ce domaine est peu ou pas abordé dans les enseignements théoriques durant la formation au DE d'ergothérapeute.

Or, dans les articles analysés dans la scoping review, les auteurs font souvent référence aux compétences des ergothérapeutes pour ce domaine là. Ils affirment que les ergothérapeutes ont les compétences nécessaires pour accompagner les femmes atteintes d'un cancer du sein à reprendre leur activité professionnelle. En effet, les sept grandes catégories repertoriées dans les résultats font partie des compétences de l'ergothérapeute. Celles-ci sont acquises tout au long de la formation pratique et théorique donc elles peuvent aussi s'appliquer aux ergothérapeutes formés en France. Cependant, ces compétences ne sont pas spécifiques au domaine de l'oncologie. Elles peuvent être utilisées dans d'autres champs d'interventions comme par exemple en neurologie ou en traumatologie. Mais, en fonction des situations rencontrées par l'ergothérapeute, il est possible que quelques adaptations soient nécessaires.

En revanche, même si l'ergothérapeute dispose des compétences nécessaires pour accompagner des patientes qui ont eu un cancer du sein et qui souhaitent reprendre le travail, le manque d'expérience et de formation dans ce domaine reste tout de même un point complexe abordé par les auteurs dans les articles. Nous pouvons supposer que si les ergothérapeutes ne manquaient pas de formation ni d'expérience concernant ce sujet, ils intégreraient plus souvent des centres d'oncologie pour accompagner ces femmes à reprendre leur activité professionnelle.

De plus, il semblerait qu'il soit important que plus de structures, comme l'association COMETE France, se développent en France mais aussi dans d'autres pays. Cela permettrait de prendre en charge un plus grand nombre de patientes provenant des services d'oncologie. Grâce à cela, une prise en soin précoce pourrait être mise en place à la suite de leur diagnostic. Elles seraient ainsi informées de toutes les possibilités existantes concernant leur retour au travail. Cela les aiderait également à combler l'écart entre les soins et le retour au travail.

En ce qui concerne les ergothérapeutes qui travailleraient au sein de ces structures, ils joueraient un rôle primordial dans l'accompagnement et le suivi de ces patientes. De plus, ils feraient le lien entre toutes les parties prenantes participant à la prise en soin de la patiente puisque cela fait partie des compétences qui sont citées dans les articles analysés.

Enfin, nous pouvons nous questionner sur le domaine de l'oncologie et de la réinsertion professionnelle. Pourquoi les prises en charge en ergothérapie sont-elles si peu développées en France alors que nous avons les compétences nécessaires pour travailler auprès de cette population ? Et plus particulièrement auprès des femmes qui ont eu un cancer du sein. Cette maladie touche tout de même un grand nombre de femmes dans le monde, et laisse des séquelles plus ou moins handicapantes, alors pourquoi l'ergothérapie n'est-elle pas plus investie dans ce domaine là ?

Nous allons maintenant évoquer les limites qui ont été rencontrées durant la réalisation de ce mémoire.

1. Les limites de l'étude

Plusieurs limites ont été rencontrées au sein de cette étude. Tout d'abord, concernant les articles trouvés et gardés pour la scoping review, ils n'étaient qu'au nombre de trois. Le faible nombre d'article peut être dû à la méthodologie de recherche utilisée. Celle-ci était peut être trop limitante ou restreignante. En effet, la recherche a pu être biaisée à cause des critères d'inclusion mis en place. Au début de la recherche dans les bases de données, le nombre de résultats obtenus était important ce qui entraînait des difficultés pour traiter toutes les données en un temps limité. Il a donc été nécessaire de les réduire en appliquant ces critères d'inclusion afin d'obtenir des résultats plus ciblés sur le sujet. Mais il est possible que nous soyons passés à côté d'articles pertinents qui auraient permis de répondre partiellement ou totalement à la problématique posée.

De plus, les trois articles étudiés avaient pour auteur principal Huguette DESIRON et les études étaient toutes réalisées en Belgique. Même si la Belgique est un pays frontalier avec la France, les pratiques en ergothérapie, et plus globalement dans le domaine de la santé, ne sont pas forcément les mêmes.

En revanche, même si l'auteur principal est le même, les dates de publication des articles sont différentes. Il est donc possible que les pratiques en ergothérapie aient évolué entre temps.

Puis, lors de l'analyse du document « *Occupational therapy and return to work for breast cancer survivors* », les images insérées dans le document étaient floues. Aucun moyen n'a été trouvé pour accéder aux informations notées dessus. Il est possible que des informations importantes aient été manquées. Or, au vu du faible nombre de documents repérés, il a semblé important de conserver ce document, et de l'utiliser pour la scoping review malgré l'impossibilité d'accéder à la totalité des informations. L'analyse de cet article s'est donc faite uniquement sur le texte disponible dans ce document.

Concernant les bases de données, certaines d'entre elles comme Cairn ou OTseeker n'ont donné aucun résultat lors de la première recherche en utilisant les trois mots clés initiaux. Peut-être que ces mots clés n'étaient pas totalement adaptés aux recherches effectuées. Une

autre méthodologie de recherche aurait peut-être mieux convenue pour réaliser une scoping review.

Le fait de n'avoir trouvé aucun document dans une base de données spécifique à l'ergothérapie a pu également impacter de façon négative le travail réalisé.

Enfin, pour terminer, aucun article retenu n'était rédigé en français. Une traduction a été nécessaire pour comprendre au mieux les articles. Il est donc possible que des erreurs de traduction aient eu lieu, et que cela ait faussé certains résultats trouvés.

2. Les perspectives envisagées

Trois perspectives peuvent être envisagées.

Dans un premier temps, l'étape 6 de la scoping review pourrait être envisagée. Celle-ci consiste à consulter des experts. Même si cette étape est facultative, elle pourrait apporter quelques réponses supplémentaires à la question posée, ce qui compléterait les résultats obtenus dans ce mémoire.

Consulter les experts nous permettrait de définir le rôle de l'ergothérapeute en France ainsi que les missions qu'il peut réaliser pour accompagner les femmes à reprendre leur travail à la suite d'un cancer du sein. Une comparaison pourrait être effectuée entre les réponses apportées par les experts et celles obtenues à l'aide de la scoping review. Cela permettrait de vérifier si toutes les étapes primordiales réalisées en Belgique sont également réalisées en France. Si une étape n'est pas mise en place par les ergothérapeutes qui exercent en France, nous pourrions discuter avec eux de l'intérêt de réaliser celle-ci pour optimiser la prise en soin des patientes.

Cette consultation permettrait également de déterminer la composition de l'équipe multidisciplinaire dans laquelle l'ergothérapeute est intégré. Nous déterminerions avec quels professionnels l'ergothérapeute travaille en France, mais également l'intérêt de cette collaboration quand il s'agit d'accompagner la patiente dans la réinsertion professionnelle.

Enfin, nous pourrions également comparer la composition de l'équipe multidisciplinaire de France à celle de Belgique afin de voir en quoi elles diffèrent et si cette différence a des conséquences (positives ou négatives) sur la prise en soin de la patiente.

La deuxième perspective envisagée serait la promotion des compétences de l'ergothérapeute dans la réinsertion professionnelle en oncologie. Afin de promouvoir notre métier et nos compétences, nous irions dans des services d'oncologie dans lesquels aucun ergothérapeute n'est employé. Nous présenterions de manière succincte notre métier, et nous expliquerions ce que nous pouvons apporter aux femmes atteintes d'un cancer du sein qui souhaitent reprendre leur travail. Cette courte présentation pourrait s'effectuer auprès des directeurs d'établissements, des cadres de santé, des soignants mais également des patientes. A la suite de celle-ci, il est possible que cela débouche sur la création d'un poste d'ergothérapeute.

Concernant la dernière perspective, il serait intéressant de promouvoir ces compétences durant la formation au diplôme d'état d'ergothérapeute afin d'informer les étudiants sur les possibilités d'intervention dans ce domaine.

Conclusion

Pour conclure, nous pouvons confirmer que l'ergothérapeute a bien un rôle à jouer dans la réinsertion professionnelle des patientes atteintes d'un cancer du sein. Nous avons constaté que la prise en charge de ces patientes était constituée de plusieurs étapes. Parmi elles, nous pouvons considérer que l'intervention précoce, la réalisation de bilans, la définition des objectifs et la réalisation d'un programme personnalisé constituent la base de la prise en soin en ergothérapie. Outre cela, pour une reprise en toute sécurité, la visite sur le lieu de travail, l'analyse et l'aménagement du poste de travail paraissent incontournables.

Cette recherche a également montré qu'il était primordial que l'ergothérapeute soit intégré dans une équipe multidisciplinaire. Pour accompagner au mieux les femmes atteintes d'un cancer du sein à reprendre leur travail, l'ergothérapeute devra collaborer avec différents acteurs qui exercent, soit dans le milieu médical, soit dans le milieu professionnel. Il fera également le lien entre les soins de la patiente et son travail.

Grâce à cette étude, nous savons que l'ergothérapeute possède les compétences nécessaires pour intervenir auprès de ces femmes. De plus, nous remarquons que l'accompagnement proposé par l'ergothérapeute aux femmes atteintes d'un cancer du sein n'est pas spécifique à leur pathologie. En effet, toutes les missions qui constituent cette prise en soin dans le but du retour au travail peuvent être mises en œuvre avec d'autres patients atteints de pathologies différentes.

Ensuite, à travers cette étude, nous avons pu constater que le sujet de la réinsertion professionnelle après un cancer du sein n'était pas suffisamment traité de nos jours en France. Il semblerait qu'il soit nécessaire de plus l'aborder dans les enseignements théoriques de la formation au DE d'ergothérapeute. Il serait également intéressant que plus d'articles scientifiques soient rédigés sur ce sujet en s'appuyant sur le système français.

Nous savons également que les femmes atteintes d'un cancer du sein demandent à être soutenues par des professionnels de santé à la suite du diagnostic concernant la reprise du travail. Il est important de tenir compte de leur demande mais également de la satisfaire. Malheureusement, de nos jours, en France, trop peu de patientes reçoivent cette aide précieuse qui améliorerait de façon considérable leur qualité de vie. Nous savons que les ergothérapeutes pourraient satisfaire cette demande, mais, pour le moment, ils ne sont pas suffisamment intégrés dans les services où sont hospitalisées ces femmes. Il est donc crucial que ce domaine soit plus développé en ergothérapie afin que cet accompagnement soit mis en place de manière systématique après le diagnostic.

De plus, il serait nécessaire de faire la promotion de l'ergothérapie dans des services d'oncologie. En tant qu'ergothérapeute, nous pourrions expliquer que nous avons bien une place auprès de cette population. Nous pourrions également appuyer nos dires grâce aux documents scientifiques que nous avons étudiés.

Enfin, ce mémoire m'a permis, en tant que future ergothérapeute, d'avoir des connaissances sur la pratique en ergothérapie concernant le retour au travail dans le domaine de l'oncologie, et plus particulièrement auprès des femmes atteintes d'un cancer du sein.

A l'avenir, grâce aux informations obtenues dans ce mémoire, je pourrai aider, conseiller et même accompagner ces femmes dans leur réinsertion professionnelle. De plus, si des femmes présentes dans mon entourage se retrouvent confrontées à cette maladie, je pourrai les guider au mieux dans leur parcours de soin afin qu'elles puissent bénéficier de la meilleure prise en charge possible. Et ainsi je n'aurai plus ce sentiment d'impuissance vis-à-vis de ces femmes qui voient leur vie quotidienne bouleversée par ce diagnostic.

Pour terminer, j'aspire à ce que plus d'ergothérapeutes soient sensibilisés sur ce sujet, afin que les femmes atteintes d'un cancer du sein puissent accéder plus régulièrement à des prises en charge en ergothérapie, dans lesquelles elles seraient accompagnées dès leur diagnostic et jusqu'à leur réinsertion professionnelle.

Références bibliographiques

- Ameli.fr. (2019, octobre 1). *Comprendre le cancer du sein*.
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-sein/comprendre-cancer-sein>
- ANFE. (s. d.). *L'Ergothérapie*. Consulté 6 février 2020, à l'adresse <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
- AOTA. (2012). *Occupational Therapy's Role in Breast Cancer Rehabilitation*.
<https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/RDP/Breast-Cancer.aspx>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies : Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32.
<https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Association Francophone pour les soins oncologiques de Support. (2014). Indications de la Rééducation en Cancérologie. 12/12/2014, 32.
- CIUSSS de la Capitale-Nationale. (2016). *Anatomie du sein*.
<http://www.depistagesein.ca/wp-content/uploads/2012/05/poitrine-20161.jpg>
- Désiron, H. a. M., Donceel, P., Godderis, L., Van Hoof, E., & de Rijk, A. (2014). What is the value of occupational therapy in return to work for breast cancer patients? A qualitative inquiry among experts. *European Journal of Cancer Care*, 24(2), 267-280.
<https://doi.org/10.1111/ecc.12209>
- Désiron, Huget Andrea Marcella. (2014). Occupational therapy and return to work for breast cancer survivors. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 61(1), 45-51.
<https://doi.org/10.1179/otb.2010.61.1.013>
- Désiron, Huguette A. M., Crutzen, R., Godderis, L., Van Hoof, E., & de Rijk, A. (2016). Bridging Health Care and the Workplace : Formulation of a Return-to-Work Intervention for Breast Cancer Patients Using an Intervention Mapping Approach. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26(3), 350-365.
<https://doi.org/10.1007/s10926-015-9620-3>
- Désiron, Huguette A. M., Donceel, P., de Rijk, A., & Van Hoof, E. (2013). A Conceptual-Practice Model for Occupational Therapy to Facilitate Return to Work in Breast Cancer Patients. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(4), 516-526.
<https://doi.org/10.1007/s10926-013-9427-z>
- Fédération Hospitalière de France. (2015, avril 7). *Médecine physique et de réadaptation*.
<https://www.hopital.fr/Le-dico-medical/Les-specialites-medicales/Medecine-physique-et-de-readaptation>
- FHP-SSR. (2011). *Les SSR, c'est quoi ?* <http://www.fhp-ssr.fr/les-ssr-c-est-quoi>
- INCa. (s. d.-a). *Anatomie du sein—Cancer du sein*. Consulté 2 novembre 2019, à l'adresse <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Anatomie-du-sein>
- INCa. (s. d.-b). *Cancer du sein chez l'homme—Cancer du sein*. Consulté 1 novembre 2019, à l'adresse <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Cancer-du-sein-chez-l-homme>

- INCa. (s. d.-c). *Cancers du sein—Les maladies du sein*. Consulté 1 novembre 2019, à l'adresse <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-maladies-du-sein/Cancers-du-sein>
- INCa. (2013). *Les traitements des cancers du sein*. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-traitements-des-cancers-du-sein>
- INCa. (2019, juillet 3). *Le cancer du sein—Les cancers les plus fréquents*. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>
- La CGT en Gironde. (2014). *Le travail, un enjeu de société*. <http://www.cgt-gironde.org/reconquete-du-travail/le-travail-un-enjeu-de-societe>
- La Ligue Contre Le Cancer. (2016, octobre 1). *Le sein*. Ligue contre le cancer. [/article/26094_cancer-du-sein](http://www.ligue-cancer.net/article/26094_cancer-du-sein)
- La Ligue Contre Le Cancer. (2018). *Les cancers du sein*. <https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/cancers-sein-2018-01.pdf>
- L'Étudiant. (s. d.). *LA PLACE DU TRAVAIL DANS LES SOCIÉTÉS OCCIDENTALES*. Consulté 6 février 2020, à l'adresse <https://www.letudiant.fr/boite-a-docs/telecharger/la-place-du-travail-dans-les-societes-occidentales-2661>
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. (2ème édition).
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141-146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Programme Québécois De Dépistage du Cancer du Sein. (2016, juin 7). *Anatomie du sein*. <http://www.depistagesein.ca/anatomie-du-sein/>
- Regnault, M. (2017, mars 25). *Cancer du sein : Les autres traitements*. Institut Curie. <https://curie.fr/dossier-pedagogique/cancer-du-sein-les-autres-traitements>
- Royer, D. (2002). *Qu'en est-il de la « valeur travail » dans notre société contemporaine ?* | *Cairn.info*. <https://www.cairn.info/revue-empan-2002-2-page-18.htm>
- SFAP. (2016, août). *Les soins palliatifs*. <http://www.sfap.org/rubrique/les-soins-palliatifs>
- Sifef. (s. d.). *Profession ergothérapeute | SIFEF*. Consulté 6 février 2020, à l'adresse <https://www.sifef.fr/profession-ergotherapeute/>
- Société canadienne du cancer. (s. d.). *Stades du cancer du sein—Société canadienne du cancer*. www.cancer.ca. Consulté 17 avril 2020, à l'adresse <https://www.cancer.ca:443/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/staging/?region=on>
- Tétréault, S. (2014). Stratégies pour poser sa question de recherche. In *Guide pratique de recherche en réadaptation*.
- Tétréault, S., & Blais-Michaud, S. (2014). Etude de la portée (scoping review). In *Guide pratique de recherche en réadaptation*.

Annexes

Annexe I. Grille d'analyse des articles	52
---	----

Annexe I. Grille d'analyse des articles

Grille récapitulant les articles analysés pour la scoping review selon la méthodologie d'Arksey et O'Malley (2005).

Titre	Auteurs	Année	Lieu de l'étude	Durée	Population étudiée	Objectifs de l'étude	Type d'intervention / Méthodologie	Résultats
What is the value of occupational therapy in return to work for breast cancer patients ? A qualitative inquiry among experts	DÉSIRON H.A.M., DONCEEL P., GODDERIS L., VAN HOOFF E. & de RIJK A.	2014	Belgique	/	- Chefs de départements d'ergothérapie - Professionnels de l'onco-réadaptation	Explorer les avis d'experts sur les interventions d'ergothérapie pour le retour au travail des patientes atteintes d'un cancer du sein dans le contexte belge.	- A qualitative inquiry - Entretiens semi-structurés - Entretiens de groupes de discussion	- De l'avis des chefs de département d'ergothérapie, ce soutien au retour au travail est naturellement lié aux éléments fondamentaux de l'ergothérapie : (1) soins intégrés ; (2) approche holistique et centrée sur le client ; et (3) travail en équipe multidisciplinaire. Ils préconisent que, dès le début du processus de traitement, tous les patients reçoivent de l'aide pour conserver tous leurs rôles dans la vie. - Tous les experts s'accordent sur la nécessité de soutenir le retour au travail, mais ils regrettent tous qu'une réponse adéquate aux besoins de ces patients ne soit pas disponible à ce jour. - De l'avis des responsables du service d'ergothérapie, une bonne pratique en matière d'ergothérapie exige que le service d'ergothérapie soit fourni dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire comprenant le patient, les thérapeutes, les infirmières et les médecins (principaux acteurs du processus de réadaptation). - En ce qui concerne le retour au travail, l'ergothérapie peut "traduire" les problèmes médicaux en actions liées au travail en clarifiant les conséquences des problèmes médicaux par rapport à des actions spécifiques sur le lieu de travail. L'ergothérapeute peut aider les patients à mettre en œuvre de nouvelles façons de "faire" en questionnant les habitudes des patients, leur façon de faire les choses sur le lieu de travail.

							<ul style="list-style-type: none"> - Selon les experts, le retour au travail est un objectif pour les parties prenantes primaires et secondaires, l'ergothérapeute jouant le rôle de coach dans un processus axé sur la participation. L'ergothérapeute peut fournir au patient une vue d'ensemble, en agissant comme intermédiaire entre toutes les différentes disciplines. - Selon les experts, un programme d'ergothérapie, dans le cadre des soins prodigués, devrait être axé sur la participation (rétablissement) au niveau professionnel. Il est considéré comme une préoccupation spécifique des ergothérapeutes de détecter et de résoudre les problèmes qui (pourraient) entraver les patients dans des activités qui sont essentielles/importantes pour la participation. - Les chefs de service d'ergothérapie indiquent la nécessité d'une visite sur le lieu de travail pour permettre à l'ergothérapeute d'avoir une bonne vue de la profession du patient. - La fixation d'objectifs pour une intervention thérapeutique n'est pas spécifique à l'ergothérapie, mais elle doit se faire en collaboration avec le patient et en gardant comme objectif final la participation sociale et professionnelle à la société. Répondre aux besoins des patients exige une composition minutieuse de l'intervention ergothérapeutique, puisque le rétablissement de la participation est l'un des principaux objectifs de l'ergothérapie. - Le responsable de l'ergothérapie indique que pour eux, l'inclusion du travail dans le processus de fixation des objectifs finaux est une partie évidente du rôle de l'ergothérapie dans le cadre de la réadaptation.
--	--	--	--	--	--	--	--

							<ul style="list-style-type: none"> - Les chefs de service d'ergothérapie sont convaincus qu'une compétence importante de l'ergothérapeute est de pouvoir observer le patient et ses actions, de préférence dans sa propre situation normale. Les membres du groupe de discussion indiquent également que dans le contexte du processus de retour au travail, l'équipe doit être consciente des difficultés que les patients rencontrent dans la vie quotidienne et s'y préparer, et que cette sensibilisation spécifique - visant à la prévention des problèmes - devrait faire partie de l'apport de l'ergothérapeute. - Les experts sont également d'accord sur l'affirmation selon laquelle les ergothérapeutes ont des compétences spécifiques qui sont bénéfiques dans le processus de retour au travail. - Ils affirment qu'un gestionnaire de cas est nécessaire pour trouver les réponses aux problèmes de réadaptation professionnelle et que l'ergothérapie peut jouer ce rôle. 	
Occupational therapy and return to work for breast cancer survivors.	Huget Andrea Marcella Désiron	2014	Belgique	3 ans	13 participants ayant survécu à un cancer du sein et ayant participé volontairement à un processus de retour au travail.	Mettre en place et évaluer le soutien de l'ergothérapie en matière de retour au travail comme outil pour influencer la qualité de vie des survivants du cancer du sein.	<ul style="list-style-type: none"> - Recherches documentaires - Etudes de cas - Questionnaire qualitatif - Evaluation qualitative - Mesure de la qualité de vie perçue à l'aide d'instruments scientifiques validés 	<ul style="list-style-type: none"> - Un contact intensif avec l'ergothérapeute a débouché sur un programme ciblé de "retour au travail". Ce programme comprenait la communication avec leur employeur, le médecin du travail, les services de santé, etc. - La recherche documentaire a montré clairement qu'il existe un grand intérêt pour la qualité de vie des survivantes du cancer (du sein), ce qui a donné lieu à une abondante littérature descriptive très intéressante dans laquelle la nécessité d'une approche multidisciplinaire (y compris l'ergothérapie) est énoncée.

								<p>- L'une des principales conclusions que l'on peut tirer de cette étude empirique est que la qualité de vie des survivants du cancer augmentera avec l'aide d'une intervention ergothérapeutique, axée sur la réadaptation professionnelle et sociale.</p> <p>- Environ 60% des personnes participant au programme "Herstel en Balans" sont retournées au travail sans assistance. Les personnes qui se sont portées volontaires pour participer au projet l'ont fait parce qu'elles craignaient ou éprouvaient des difficultés à retourner au travail. Néanmoins, pour huit des treize participants, le programme de retour au travail s'est terminé par un retour au travail réussi. Ils ont tous affiché un taux de satisfaction élevé à la fin du programme d'ergothérapie, ce qui indique que le succès est dû à l'assistance de l'ergothérapeute. Pour les patients qui ne sont pas - encore - retournés au travail à la fin du projet, la connaissance de "quoi faire" a été indiquée comme très utile.</p> <p>- L'évaluation positive unanime des participants montre que le développement d'un programme d'ergothérapie bien structuré et systématique pour aider au retour au travail répond à un besoin du groupe cible et est d'une grande pertinence sociale.</p> <p>- La qualité de vie des survivantes du cancer du sein peut bénéficier d'un soutien ergothérapeutique concernant le retour au travail tel que développé dans ce projet. C'est pourquoi un futur projet - financé par le Fonds social européen - a été mis en place pour élaborer et valider les résultats de ce projet, en collaboration avec les compagnies d'assurance maladie sociale et privée.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Bridging Health Care and the Workplace : Formulation of a Return-to-Work Intervention for Breast Cancer Patients Using an Intervention Mapping Approach</p>	<p>Huguette A. M. Desiron, Rik Crutzen, Lode Godderis, Elke Van Hoof, Angelique de Rijk</p>	<p>2016</p>	<p>Belgique</p>	<p>/</p>	<p>Patientes atteintes d'un cancer du sein et souhaitant retourner au travail.</p>	<p>Décrire le développement d'une intervention de retour au travail à intégrer dans le processus de soins en comblant le fossé entre l'hôpital et le lieu de travail.</p>	<p>- Intervention Mapping Approach - Recherche formative</p>	<p>- Les patientes atteintes d'un cancer du sein ressentent le besoin d'obtenir de l'aide, dès le moment du diagnostic, afin de prévenir la perte d'emploi et de participation.</p> <p>- Le modèle d'organisation de la pratique pour le retour au travail en cas de cancer du sein fournit un cadre qui permet aux ergothérapeutes de répondre au besoin de soutien du patient pour reprendre ses activités quotidiennes, y compris le travail.</p> <p>- En outre, les ergothérapeutes doivent rassembler les "meilleures pratiques fondées sur des preuves" lorsqu'ils aident les patientes atteintes d'un cancer du sein à participer à un travail. Comme dans les programmes de retour au travail pour d'autres populations de patients, l'ergothérapie doit utiliser une approche ergonomique participative. Comme l'indiquent nos recherches et la littérature internationale, l'assistance ergothérapeutique doit consister en des programmes de soutien sur mesure, incluant toutes les parties prenantes. En outre, l'ergothérapie doit mettre en œuvre une gestion des cas et recourir à des visites sur le lieu de travail et à des conditions de travail adaptées.</p> <p>- Actuellement, l'ergothérapie pour les patients atteints d'un cancer (du sein) se concentre davantage sur les soins auto-administrés et la fixation d'objectifs palliatifs que sur l'aide aux survivants pour qu'ils reprennent un rôle actif dans la société.</p> <p>Les compétences ergothérapeutiques qui visent à encadrer toutes les personnes impliquées dans la vie du patient (par exemple, le partenaire, la famille, l'employeur, le médecin de l'assurance sociale, etc.) font</p>
--	---	-------------	-----------------	----------	--	---	---	--

							<p>l'objet d'une attention particulière dans les cours de formation en ergothérapie et doivent être intégrées dans la pratique actuelle de l'ergothérapie.</p> <p>- La nécessité d'intégrer l'ergothérapie dans les soins oncologiques : Crompton et al. préconisent d'inclure l'ergothérapie dans les soins habituels des patientes atteintes d'un cancer du sein, mais elles reconnaissent également l'absence d'ergothérapie dans de nombreux centres de soins oncologiques au Royaume-Uni.</p> <p>- Désiron et al. ont indiqué que l'ergothérapie doit (1) s'inscrire dans une approche intégrée, holistique et centrée sur le client ; dans un environnement juridique et sociétal qui favorise le retour au travail, (2) s'inscrire dans un cadre pluridisciplinaire qui inclut des soins psychosociaux ; (3) être disponible dès les premiers stades du processus de réadaptation de la patiente atteinte d'un cancer du sein ; (4) soutenir la définition des objectifs du processus de retour au travail en mettant l'accent sur les capacités de la patiente et en les reliant à la qualité de vie totale des patients ; et (5) inclure des visites sur le lieu de travail pour observer la situation de la patiente et prendre contact avec toutes les parties prenantes.</p> <p>- Ergothérapie / Ergothérapeute :</p> <ul style="list-style-type: none"> * programmes thérapeutiques visant à améliorer le fonctionnement, l'activité et la participation * évaluation de la charge de travail, environnement, organisation & conditions * approche multidisciplinaire * soins intégrés, holistiques
--	--	--	--	--	--	--	--

								<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des cas (communication active entre les acteurs et les prestataires de soins) • employeur consultant <p>- Cinq phases clés du processus de retour au travail, telles que décrites par Cook et Lukersmith, seront utilisées comme structure pour l'élaboration des composantes et du matériel du programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Phase 1</u> : évaluation du travailleur, de son travail habituel et des facteurs contextuels (personnels et environnementaux) qui ont un impact sur le (ré)emploi. • <u>Phase 2</u> : le raisonnement de l'ergothérapeute professionnel est utilisé pour explorer la correspondance/les différences entre le travailleur et le travail habituel. • <u>Phase 3</u> : établissement d'objectifs à court et à long terme. • <u>Phase 4</u> : des interventions sur mesure sont élaborées en mettant soigneusement en place les étapes qui résultent des phases précédentes. • <u>Phase 5</u> : étape par étape, le programme tel que décrit dans la phase 4 sera exécuté à la suite d'un processus de retour au travail adapté, tel que convenu par toutes les parties prenantes. L'ergothérapeute surveille, mesure et examine les objectifs et les étapes du programme dans le cadre de l'intervention pour s'assurer que ces derniers sont adaptés.
--	--	--	--	--	--	--	--	---

L'accompagnement en ergothérapie dans la réinsertion professionnelle après un cancer du sein.

Contexte : Le cancer du sein est une maladie qui touche beaucoup de femmes dans le monde. Celui-ci engendre généralement des séquelles chez la patiente, ce qui impacte la réalisation des activités de la vie quotidienne. Les traitements du cancer du sein entraînent généralement une période d'arrêt de travail. A la fin de cette période, les femmes rencontrent souvent des difficultés pour reprendre leur activité professionnelle. Ce mémoire a pour objectif de définir la manière dont l'ergothérapeute peut accompagner ces femmes à reprendre leur travail après leur cancer du sein. **Méthode** : Pour répondre à cette problématique, une scoping review a été réalisée en sélectionnant des articles au sein de six bases de données (Google Scholar, PubMed, ScienceDirect, SpringerLink, OTseeker et Cairn.info). Lors de ces recherches, des critères d'inclusion ont été utilisés afin d'obtenir des articles plus précis sur le sujet de ce mémoire. **Résultats** : Au total, trois articles ont été retenus et analysés. Ils nous ont permis de répertorier les étapes de la prise en charge et les compétences de l'ergothérapeute pour accompagner au mieux les femmes dans leur réinsertion professionnelle. **Conclusion** : L'ergothérapeute a les compétences nécessaires pour aider les femmes atteintes d'un cancer du sein à reprendre leur travail. En revanche, peu d'ergothérapeutes exercent en oncologie, à cause d'un manque d'expérience et de connaissances sur ce sujet. Il est donc primordial que ce domaine soit plus traité dans la formation au Diplôme d'Etat afin de permettre aux ergothérapeutes d'intégrer des services d'oncologie.

Mots-clés : Ergothérapie ; retour au travail ; cancer du sein

Occupational therapy support for professional reintegration after breast cancer.

Background : Breast cancer is a disease that affects many women around the world. It usually causes sequelae in the patient, which affect the performance of activities of daily living. Breast cancer treatment usually involves a period of time off work. At the end of this period, women often find it difficult to return to work. The aim of this dissertation is to define how the occupational therapist can support these women in returning to work after their breast cancer. **Method** : To address this issue, a scoping review was carried out by selecting articles from six databases (Google Scholar, PubMed, ScienceDirect, SpringerLink, OTseeker and Cairn.info). During these searches, inclusion criteria were used in order to obtain more specific articles on the subject of this brief. **Results** : A total of three articles were selected and analyzed. They enabled us to list the stages of care and the occupational therapist's skills to best support women in their professional reintegration. **Conclusion** : Occupational therapists have the skills to help women with breast cancer return to work. On the other hand, few occupational therapists practice in oncology because of a lack of experience and knowledge in this area. It is therefore essential that this field be more widely covered in the training for the State Diploma in order to enable occupational therapists to integrate oncology services.

Keywords : Occupational therapy ; return to work ; breast cancer

