

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR
ANNE-SOPHIE PROVENCHER

PRATIQUES EN ERGOTHÉRAPIE AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE VIVANT
AVEC DES DIFFICULTÉS COGNITIVES À LA SUITE D'UN TRAITEMENT
CONTRE LE CANCER

15 décembre 2021

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue dans mes études universitaires. Parmi ces personnes se trouvent mon conjoint, mon père et ma sœur. Je tiens également à remercier ma directrice d'essai, Mme Valérie Poulin, qui a su me guider tout au long de cet essai et qui a su rendre la rédaction d'un essai beaucoup plus agréable.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	ii
RÉSUMÉ	iv
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	2
2.1 Description des difficultés cognitives associées au cancer et à son traitement.....	2
2.2 Enjeux occupationnels rencontrés par les personnes vivant avec des difficultés cognitives après avoir reçu un traitement contre le cancer	3
2.3 Rôle de l’ergothérapeute auprès des personnes vivant avec des difficultés cognitives après avoir reçu un traitement contre le cancer.....	4
2.4 Question de recherche et les objectifs qui en découlent.....	7
3. CADRE CONCEPTUEL.....	7
3.1 Modèle canadien du processus de pratique (MCP).....	7
3.2 Pertinence du modèle sélectionné en regard de la problématique à l’étude.....	10
4. MÉTHODOLOGIE.....	11
4.1 Devis de recherche	11
4.2 Identification de la question de recherche	12
4.3 Identification des études pertinentes et sélection des études.....	12
4.4 Extraction des résultats.....	13
4.5 Synthèse et communication des résultats	14
5. RÉSULTATS	14
5.1 Présentation des articles sélectionnés.....	14
5.2 Processus de pratique avec une clientèle vivant des difficultés cognitives à la suite du traitement contre le cancer.....	15
6. DISCUSSION.....	26
6.1 Retour sur la question de recherche et les objectifs de l’étude	26
6.2. Analyse critique des résultats obtenus.....	26
7. CONCLUSION.....	32
RÉFÉRENCES	33
ANNEXE A	38
ANNEXE B	39

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Stratégies de recherche des articles dans les bases de données.....	13
Tableau 2. Critères de sélection des articles	13
Tableau 3. Résumé des évaluations recensées	19
Tableau 4. Résumé des thèmes abordés par les articles sélectionnés.....	38
Tableau 5. Grille d'extraction et résumés des articles scientifiques retenus.....	39

LISTE DES ABREVIATIONS

MCPD : Modèle canadien du processus de pratique

ACE : Association canadienne des ergothérapeutes

RÉSUMÉ

Problématique: Il est complexe d'intervenir auprès d'une clientèle ayant des difficultés cognitives à la suite d'un traitement contre le cancer en raison notamment d'un manque d'informations sur l'étiologie des difficultés cognitives en plus du caractère subjectif de celles-ci et de leurs manifestations variables dans le quotidien (Player et al., 2014). Bien que les ergothérapeutes soient qualifiés comme des experts en habilitation des occupations, ceux-ci soulèvent le besoin de développement de compétences et de connaissances afin que les services de réadaptation répondent aux besoins de la clientèle vivant avec des difficultés cognitives à la suite d'un cancer (Baxter et al., 2017; Ulfer et Berg, 2017). En ce sens, à ce jour, les données probantes ne permettent pas d'établir une ligne directrice afin de guider les interventions en ergothérapie dans ce domaine (Green et al., 2019). **Objectif :** Cette étude de portée a pour objectif de faire état des pratiques prometteuses issues des écrits scientifiques afin de guider les ergothérapeutes oeuvrant auprès de cette clientèle. **Cadre conceptuel :** L'étude a été guidée par le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) (Polatajko, Craik, Davis et Townsend, 2013), permettant de prendre en compte les différents points d'action du processus de pratique. **Méthodologie :** La méthode de l'étude de portée proposée par Arksey et O'Malley (2005) a été utilisée afin d'identifier les articles potentiels à l'aide de trois bases de données, sélectionner les études admissibles ainsi qu'extraire les résultats en vue de les catégoriser par thématiques en cohérence avec les composantes du MCP. **Résultats :** Les 12 articles retenus ont permis d'identifier des éléments-clés à intégrer dans le processus de pratique des ergothérapeutes auprès de cette clientèle. Ceux-ci concernent la prise en compte de l'expérience subjective et l'identification initiale des défis occupationnels, la prise de décision quant à la poursuite ou la cessation du processus de pratique, l'appréciation des habiletés cognitives, l'évaluation occupationnelle, les interventions visant l'éducation et les habiletés d'auto-gestion, l'amélioration des fonctions cognitives ainsi que les interventions multimodales holistiques. **Discussion :** Bien qu'il n'y ait pas de consensus présent dans les écrits sur les pratiques à préconiser, l'analyse des articles sélectionnés a permis de faire ressortir des éléments clés qui orienteront les ergothérapeutes dans leur pratique. Certains points d'action, dont évaluer et analyser, faire le suivi ainsi que conclure et mettre fin sont peu abordés dans les écrits, justifiant le besoin de recherches futures, notamment pour aider à mieux identifier les enjeux occupationnels des personnes vivant avec des difficultés cognitives liées au traitement du cancer et les accompagner pour la reprise de leurs occupations. **Conclusion :** Cette synthèse des écrits scientifiques apporte une réflexion critique face aux pratiques ergothérapeutiques actuelles afin d'offrir des pratiques adaptées aux besoins de cette clientèle.

Mots clés : cancer, ergothérapie, difficultés cognitives, processus de pratique, Modèle canadien du processus de pratique (MCP)

1. INTRODUCTION

Au Canada, le nombre de nouveaux cas de cancer en 2020 s'élève à 225 800. Cette incidence du cancer ne cesse d'augmenter pour diverses raisons, notamment la croissance et le vieillissement démographique (Brenner et al., 2020). De plus, l'amélioration du processus diagnostique et des traitements a pour conséquence que les gens vivent plus longtemps après le diagnostic du cancer. Les survivants du cancer vivent néanmoins diverses répercussions dans leur quotidien, puisque le cancer ainsi que les effets de son traitement ont le potentiel d'avoir un impact important sur les capacités physiques, cognitives, sensorielles et affectives. En effet, les traitements contre le cancer, tels que la chimiothérapie et la radiothérapie, affectent la propagation de la maladie tout en entraînant des complications physiques et psychosociales résiduelles telles que de la fatigue, la dépression, l'anxiété, la peur de récurrence, des difficultés cognitives, des syndromes douloureux, une neuropathie périphérique, une dysfonction sexuelle, des problèmes d'équilibre, des problèmes de mobilité, un lymphoedème ou des difficultés de communication (Baxter et al., 2017). Parmi ces séquelles, les difficultés cognitives sont un phénomène d'intérêt, encore en émergence à ce jour, puisqu'elles engendrent de nombreuses conséquences, souvent difficiles à identifier et, ainsi, non prises en considération par l'équipe soignante.

Ce phénomène engendre son lot de défis auprès de différents acteurs de la santé, notamment les ergothérapeutes. En l'absence de lignes directrices claires s'appuyant sur les données probantes disponibles, il demeure difficile de définir le processus clinique recommandé pour les ergothérapeutes travaillant auprès d'une clientèle vivant avec des difficultés cognitives après avoir reçu un traitement contre le cancer. Ainsi, le présent essai vise à faire une synthèse des écrits scientifiques disponibles à ce jour pour guider ce processus de pratique ergothérapique en y intégrant les bonnes pratiques. Plus spécifiquement, cette étude de portée s'intéresse aux pratiques en ergothérapie afin d'obtenir des pistes de solutions liées à la question suivante : « Quelles sont les pratiques ergothérapiques basées sur les résultats probants permettant d'améliorer le fonctionnement occupationnel auprès des personnes vivant avec des difficultés cognitives à la suite du traitement contre le cancer ? »

Dans un premier temps, la problématique de cet essai illustre les difficultés cognitives présentes chez cette clientèle pour, par la suite, faire état des enjeux occupationnels rencontrés par ces personnes, et pour finir avec la présentation du rôle de l'ergothérapeute. Dans un deuxième temps, le cadre conceptuel s'appuie sur le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) (Polatajko et al., 2013) qui permet d'organiser l'information et de guider les résultats selon le cheminement clinique déployé par l'ergothérapeute avec le patient. Dans un troisième temps, les principales caractéristiques d'une étude de portée seront présentées dans la méthodologie. Dans un quatrième temps, les informations pertinentes en lien avec la question de recherche seront recensées dans la section des résultats. Pour finir, ces informations seront interprétées dans la section de la discussion.

2. PROBLÉMATIQUE

Cette section décrit la population à l'étude, plus précisément les personnes présentant des difficultés cognitives associées au cancer et au traitement, en plus de faire état des enjeux occupationnels vécus par ces personnes. Le rôle de l'ergothérapeute ainsi que les enjeux perçus concernant les services actuels d'ergothérapie en oncologie sont aussi définis.

2.1 Description des difficultés cognitives associées au cancer et à son traitement

Parmi les répercussions des traitements contre le cancer, dont la chimiothérapie, la radiothérapie ainsi que la prise de certains médicaments, les changements cognitifs associés au cancer et aux traitements sont de plus en plus reconnus comme un problème important pour les personnes ayant eu le cancer (Ahles et Hurria, 2018). Souvent appelé «chemobrain» (Moore, 2014), un dysfonctionnement cognitif subtil, mais persistant est fréquemment ressenti pendant ou après le traitement contre le cancer. Il est associé à des difficultés liées au maintien de l'attention, à la mémoire, aux fonctions verbales, aux fonctions exécutives ainsi qu'à une diminution du traitement de l'information (Green et al., 2019; Janelins et al., 2014). Ces difficultés affectent jusqu'à 75% des patients pendant le traitement et 35% après le traitement (Janelins et al., 2014). Une étude ayant pour but de documenter les difficultés cognitives des personnes ayant eu le cancer du sein et de la prostate, par l'entremise d'un entretien téléphonique, mentionne que des difficultés cognitives étaient présentes chez 34% des participants 12 mois après le traitement, tandis qu'après

18 mois, 22% ont continué à ressentir de telles difficultés (Oberst et al., 2010). De nombreuses études portent sur les déficits cognitifs des femmes ayant subi un traitement contre le cancer du sein. Toutefois, ce phénomène est aussi présent chez les survivants de tout type de cancer (Wallis et al., 2020). Étant une problématique qui concerne une large population, il est intéressant de s'intéresser aux enjeux occupationnels que vivent ces personnes dans le but de limiter l'impact de ces enjeux dans leur quotidien.

2.2 Enjeux occupationnels rencontrés par les personnes vivant avec des difficultés cognitives après avoir reçu un traitement contre le cancer

Les changements occupationnels vécus par les personnes ayant des difficultés cognitives à la suite du traitement contre le cancer sont généralement décrits comme légers ou modérés laissant les personnes relativement fonctionnelles dans leur quotidien (Ulfer et Berg, 2017). Toutefois, la présence de ces changements occupationnels nécessite un effort supplémentaire pour réaliser les activités de la vie quotidienne, diminuant ainsi leur qualité de vie, même en présence d'une détérioration mineure des capacités cognitives (Henderson et al., 2019). Ces changements engendrent donc des défis occupationnels lors de la reprise d'occupations plus complexes telles que les tâches domestiques, les loisirs et le travail, ce qui les empêche de s'engager pleinement dans leur vie quotidienne. Aussi, ces changements occupationnels sont susceptibles de modifier l'identité de la personne ainsi que sa perception de sa capacité à s'engager dans ses occupations, ce qui affecte aussi la reprise des rôles antérieurs (Player et al., 2014). Les personnes vivant avec des difficultés cognitives sont dans une quête vers un fonctionnement dit normal, c'est-à-dire qui se rapproche le plus de leur fonctionnement antérieur. Tel que démontré dans l'étude qualitative de Henderson et al. (2019) auprès de douze participantes ayant eu le cancer du sein, cette quête a pour conséquence que ces femmes tentent de dissimuler leurs difficultés auprès de leur famille, leurs amis et leurs collègues de travail. Ainsi, de nombreux enjeux relationnels s'ajoutent aux défis occupationnels vécus par cette clientèle. Afin de favoriser l'engagement satisfaisant dans leurs occupations, ces personnes doivent donc recevoir des services de réadaptation répondant à leurs besoins. Les ergothérapeutes étant des experts en habilitation aux occupations, il est intéressant de se questionner sur leurs contributions possibles auprès de cette clientèle.

2.3 Rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes vivant avec des difficultés cognitives après avoir reçu un traitement contre le cancer

Lorsqu'une personne rencontre certains enjeux occupationnels, il est aidant d'avoir recours à un ergothérapeute afin de maximiser son autonomie et la reprise satisfaisante des occupations (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2021). À la suite du diagnostic de cancer, l'accent est prioritairement mis sur les besoins physiques et médicaux d'une personne (Sleight et Duker, 2018). Toutefois, les enjeux occupationnels associés aux difficultés cognitives ou affectives devraient aussi être pris en compte. L'ergothérapeute a une perspective unique de l'offre de soin puisqu'il met l'accent sur le besoin de la personne à s'engager dans ses occupations (Rijkema et al., 2018). Ainsi, l'ergothérapeute a pour rôle d'agir en tant qu'expert en habilitation de l'occupation en surmontant les obstacles, engendrés par les difficultés cognitives, à l'engagement et à la participation dans les occupations dans les domaines des soins personnels, de la productivité et des loisirs (Ulfers et Berg, 2017). Ceci est fait en adoptant une pratique centrée sur la personne dans laquelle le patient participe dans l'élaboration des objectifs en ajoutant son expérience et la connaissance qu'il a sur sa condition.

Le rôle de l'ergothérapeute en oncologie est toutefois peu documenté dans les écrits scientifiques à ce jour, et cela est d'autant plus vrai en présence de difficultés cognitives (Ulfers et Berg, 2017). Une étude de portée réalisée par Wallis et al. (2020) soulève l'implication de l'ergothérapeute auprès de personnes ayant vécu avec le cancer dans différentes cibles d'intervention telles que le retour au travail, la gestion de la fatigue et de la douleur, la recommandation d'aides externes, de même que la gestion des symptômes cognitifs. De par ces cibles d'intervention, l'ergothérapeute aura pour rôle l'évaluation des capacités fonctionnelles ainsi que l'établissement et la mise en place d'un plan d'intervention ayant pour objectifs de reprendre les activités de la vie quotidienne et augmenter l'engagement occupationnel. En plus de cela, l'ergothérapeute agit comme un professionnel assurant un soutien psychosocial tout au long de la trajectoire de traitement et de rétablissement de la personne. En somme, la collaboration des ergothérapeutes avec cette clientèle est justifiée afin de faciliter leur rendement et leur engagement dans leur quotidien. Par son rôle d'expert en habilitation et sa vision holistique, l'ergothérapeute est en mesure d'offrir des soins de qualité en favorisant la santé et le bien-être de la personne, ce qui constitue une force de la profession (Hemphill-Pearson et Hunter, 1997). Toutefois, cette force

est bien souvent mécomprise par les patients et le personnel soignant (Wallis et al., 2020), engendrant ainsi certains enjeux.

2.3.1 Enjeux perçus concernant les services actuels d'ergothérapie en oncologie

Cette incompréhension des rôles et de l'expertise de l'ergothérapeute constitue un enjeu à la réalisation de la profession puisque cela engendre une sous-utilisation et une mauvaise utilisation des services par les membres de l'équipe soignante et des autres professionnels. Une étude à devis mixte réalisée auprès de 204 ergothérapeutes australiens par Buckland et Mackenzie (2017) ainsi qu'une étude descriptive qualitative réalisée auprès de 107 ergothérapeutes américains par Ulfer et Berg (2017) soulèvent l'enjeu que certains ergothérapeutes se questionnent sur leur implication dans l'équipe médicale auprès de cette clientèle. En plus, ils se questionnent à savoir s'ils ont les connaissances et les compétences nécessaires pour évaluer et intervenir avec cette clientèle. Plus précisément, ces études soulèvent le besoin des ergothérapeutes de recevoir de la formation pour développer leurs compétences techniques, de recevoir de la formation sur les effets secondaires du traitement contre le cancer, recevoir des conseils, de la supervision et du mentorat en cours d'emploi. Cela démontre un besoin au plan du développement continu des connaissances et des compétences chez les ergothérapeutes, relevant la pertinence scientifique et professionnelle de s'intéresser à cette problématique. Par ailleurs, l'étude de Duker et Sleight (2019) a permis d'identifier certains obstacles à la mise en œuvre des services de réadaptation et d'ergothérapie, relevant des enjeux complexes découlant du contexte de pratique. Ces barrières relèvent de causes organisationnelles telles que le manque de financement engendrant des conséquences au plan de ressources matérielles et humaines, la dominance du modèle médical dans la prise en charge oncologique ainsi que la réticence de l'équipe soignante à faire appel aux services en ergothérapie (Duker et Sleight, 2019). Ces enjeux organisationnels ont des répercussions sur la prestation de services en retardant la prise en charge du client, influençant donc le bien-être des clients (Duker et Sleight, 2019). Ainsi, il est nécessaire de considérer le contexte de pratique en oncologie afin de maximiser la qualité des soins des personnes ayant eu le cancer et vivant avec des difficultés cognitives.

En somme, différents enjeux sont donc rencontrés dans le cadre des pratiques d'ergothérapie en oncologie. Ces barrières sont d'autant plus présentes en ce qui concerne la prise

en charge des difficultés cognitives puisque cela vient complexifier le processus de pratique, qui n'est pas clairement défini à ce jour (Sleight, 2016). Cela engendre des enjeux et des conséquences autant chez les ergothérapeutes que chez les patients. Du point de vue des patients, ils estiment qu'il est difficile de faire reconnaître leurs symptômes auprès de l'équipe médicale, y compris les ergothérapeutes (Henderson et al., 2019). Une étude qualitative descriptive réalisée auprès de 95 participants en Australie (Green et al., 2019) a révélé que l'absence de reconnaissance des difficultés cognitives augmentait leur niveau de détresse psychologique ainsi que leurs inquiétudes quant à la progression de la guérison du cancer. Du point de vue des ergothérapeutes, la complexité entourant l'étiologie de ce phénomène ajoutée à la subtilité et la variabilité des manifestations occupationnelles encourues, engendre des défis dans l'évaluation des patients (Player et al., 2014). Souvent confondues avec la fatigue et le stress, les répercussions quotidiennes des difficultés cognitives demeurent difficiles à identifier (Player et al., 2014). Les ergothérapeutes se retrouvent dans une situation de soin complexe en plus de devoir faire face à la présence de certains enjeux reliés au contexte de pratique (Player et al., 2014).

De ces faits, il est apparent qu'il y ait un besoin de recherche additionnelle pour soutenir les pratiques en ergothérapie auprès de personnes ayant des difficultés cognitives à la suite d'un traitement contre le cancer. Les écrits scientifiques suggèrent qu'à mesure que le nombre de survivants du cancer augmente, les besoins en services en ergothérapie augmentent eux aussi (Player et al., 2014). Il faut reconnaître qu'il est complexe d'intervenir auprès de cette clientèle en raison notamment d'un manque d'informations sur l'étiologie des difficultés cognitives et en raison du caractère subjectif des difficultés engendrées chez cette clientèle (Player et al., 2014). Bien que les ergothérapeutes soient qualifiés comme des experts en habilitation des occupations, ceux-ci soulèvent le besoin de développement de compétences et de connaissances afin que les services de réadaptation répondent aux besoins de la clientèle (Baxter et al., 2017; Ulfer et Berg, 2017). En ce sens, à ce jour, les données probantes ne permettent pas d'établir une ligne directrice afin de guider les interventions en ergothérapie dans ce domaine (Green et al., 2019). Ainsi, la recension et l'étude des pratiques connues dans ce contexte sont une première étape pour répondre au besoin de développement continu de connaissances et de compétences des ergothérapeutes.

2.4 Question de recherche et les objectifs qui en découlent

Ainsi, cette présente recherche a pour but d'obtenir des pistes de solutions en répondant à la question suivante : « Quelles sont les pratiques ergothérapeutiques basées sur les résultats probants permettant d'améliorer le fonctionnement occupationnel auprès des personnes vivant avec des difficultés cognitives à la suite du traitement contre le cancer ? Cette étude de portée a donc pour objectif de faire état des pratiques prometteuses issues des écrits scientifiques afin de guider les ergothérapeutes cliniciens ainsi que les étudiants en ergothérapie susceptibles d'offrir des services à cette clientèle.

3. CADRE CONCEPTUEL

La présente section aborde le modèle conceptuel sélectionné dans le but d'intégrer une vision de l'ergothérapie à la compréhension et l'analyse de la problématique mentionnée ci-haut. Le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) (Polatajko et al., 2013), un modèle propre à l'ergothérapie, sera décrit afin d'éclaircir le rôle et les implications d'un ergothérapeute au sein de l'équipe soignante en oncologie auprès de la clientèle vivant avec des difficultés cognitives, et ce, tout au long des étapes du processus de pratique.

3.1 Modèle canadien du processus de pratique (MCP)

Le modèle canadien du processus de pratique (MCP) est un modèle conceptuel propre à l'ergothérapie ayant comme concepts fondamentaux le rendement occupationnel et la pratique centrée sur le client (Davis, Craik et Polatajko, 2013). Ainsi, ce modèle met de l'avant le rapport dynamique qui s'établit tout au long d'une vie entre la personne, l'environnement et l'occupation en plus d'accorder une place importante aux capacités de la personne à choisir, organiser et s'adonner à des occupations significatives (Davis et al., 2013). Le patient est cœur des pratiques en ergothérapie et l'interaction collaborative entre le patient et le thérapeute demeure essentielle au processus de changement occupationnel. Ce modèle permet de situer l'occupation ainsi que la pratique au sein de différents contextes (Craik, Davis et Polatajko, 2013), qui doivent aussi être pris en compte pour la mise en œuvre des bonnes pratiques ergothérapeutiques en oncologie.

3.1.1 Processus de pratique

Le MCPP décrit le processus d'évaluation et d'intervention en ergothérapie en huit points d'actions. Les huit points d'action compris dans ce processus sont les suivants : 1) initier et établir le contact, 2) établir les balises, 3) évaluer et analyser, 4) convenir des objectifs et du plan, 5) mettre en œuvre le plan, 6) faire le suivi, 7) évaluer le résultat, 8) conclure ainsi que mettre fin (Davis et al., 2013). Chaque point d'action représente une action à compléter ou une décision à prendre dans le processus de pratique. Ainsi, cela ne représente pas une étape à franchir, mais bien un cheminement non linéaire et dynamique. Bien que le processus ne soit pas linéaire, il débute sans exception par le premier point d'action.

Le premier point d'action du processus pratique est d'initier et établir le contact. C'est à ce moment que l'ergothérapeute entre en action et qu'il établit le premier contact avec le client. Bien que les deux acteurs possèdent leur propre contexte sociétal, ils coopéreront ensemble afin d'élaborer un plan qui convienne aux attentes de tous. Ainsi, l'ergothérapeute interrogera le patient quant aux défis et aux difficultés occupationnelles rencontrées par le client. Aussi, l'ergothérapeute doit s'assurer d'obtenir un consentement libre et éclairé de la part du client, et ce tout le long du processus pratique. Une fois cela fait, les deux acteurs doivent établir les balises de l'interaction. Ce deuxième point d'action permet d'établir comment le patient et l'ergothérapeute travailleront ensemble en définissant les attentes et les règles de base à leur fonctionnement. Le tout se fait sous forme de discussion avec le patient et/ou sa famille. Il importe, à ce stade, de documenter l'histoire occupationnelle du client, mais aussi ses valeurs, ses croyances et ses désirs. Quand les difficultés occupationnelles sont identifiées et confirmées par le client, le statut occupationnel de ce dernier est analysé lors du troisième point d'action, soit évaluer et analyser. Une évaluation approfondie et centrée sur les besoins du patient permet d'identifier les facteurs personnels, environnementaux et occupationnels qui contribuent à ces difficultés. L'ergothérapeute appuiera sa réflexion sur des schèmes de référence, son expérience antérieure, son expertise ainsi que sur la recherche scientifique (Davis et al., 2013). Cette réflexion permettra d'orienter l'ergothérapeute sur les évaluations les plus pratiques et les plus pertinentes à la situation du client. L'ergothérapeute émettra des recommandations au client, puis, avec la collaboration du client, ils conviendront des objectifs et du plan en fonction des enjeux occupationnels prioritaires. Ainsi, lors de la mise en œuvre du plan, soit le cinquième point d'action du processus de pratique, l'ergothérapeute exercera

son expertise afin que le patient puisse s'engager pleinement dans l'atteinte de ses objectifs. Lors du sixième point d'action, il importe de faire un suivi afin d'assurer l'atteinte de ces objectifs. Cela permettra d'adapter ou de modifier le plan en fonction des besoins du client, mais aussi d'évaluer les résultats. Ce septième point d'action permet d'évaluer les défis occupationnels afin de les comparer à ceux en début de processus. L'atteinte des objectifs et une réduction des défis occupationnels conduiraient à conclure et mettre fin à l'interaction entre les deux acteurs, mais dans le cas contraire, il serait possible de convenir d'un plan différent, soit de retourner au troisième point d'action. Lors du dernier point d'action, conclure et mettre fin, une décision doit être prise quant à la poursuite de l'interaction. À ce stade, il est possible de convenir de nouveaux objectifs ou de conclure, c'est-à-dire de fermer le dossier.

3.1.2 Les contextes de pratique

Le MCPP décrit aussi des contextes de pratique influençant ce processus de pratique (Craik et al., 2013). Ces contextes incluent :

- 1) Le contexte sociétal, représentant le cadre extérieur à la pratique, qui est composé d'éléments culturels (ex. : attentes culturelles occupationnelles), sociaux (ex. : réseaux sociaux, regroupements professionnels), institutionnels (ex. : politiques et mécanismes inhérents au système de santé) et physiques (ex. : accessibilité physique des environnements construits), dans lesquels le client et l'ergothérapeute évoluent.
- 2) Le contexte de pratique, qui est caractérisé par différents facteurs environnementaux et personnels influençant la relation entre le client et l'ergothérapeute. Par exemple, dans le contexte de pratique, les éléments physiques de l'établissement (ex. : équipements disponibles, accès aux technologies ou à la télésanté), culturels (ex. : valeurs de la profession), sociaux (ex. : liens avec les membres de l'équipe de réadaptation et les autres clients) et institutionnels (ex. : procédures et modèles pour la prestation de services dans l'établissement) dans lesquels le patient évolue seront d'intérêt.
- 3) Les schèmes de références, correspondant à l'ensemble des théories, des construits et des concepts qui déterminent la façon dont les difficultés et les défis occupationnels sont perçus et compris, influençant ainsi le raisonnement et la prise de décision de l'ergothérapeute durant son processus de pratique (Craik et al., 2013).

Bien qu'ils ne feront pas l'objet d'une analyse approfondie dans le cadre de cet essai, ces contextes demeurent néanmoins pertinents à garder en tête lorsqu'il vient le temps de nuancer les recommandations de bonnes pratiques identifiées et leur application en contexte clinique.

En résumé, le MCPP est un modèle conceptuel polyvalent et dynamique permettant d'orienter le raisonnement de l'ergothérapeute lors de l'interaction avec le client. Il reconnaît l'importance de l'habilitation à l'occupation et de la pratique centrée sur le client. Il soulève l'ensemble des facteurs et des contextes pouvant influencer les défis occupationnels, faisant en sorte que chaque situation est différente d'un patient à un autre. En somme, cela permet de mieux comprendre les étapes nécessaires au processus de la pratique des ergothérapeutes, pour lesquelles des pistes de réflexion seront émises quant aux bonnes pratiques en oncologie avec des clients vivant des difficultés cognitives.

3.2 Pertinence du modèle sélectionné en regard de la problématique à l'étude

Étant un modèle spécifique à l'ergothérapie, le MCPP permettra ainsi de dresser un portrait global des pratiques en ergothérapie applicables à une clientèle ayant des difficultés cognitives à la suite d'un traitement contre le cancer. Se retrouvant dans une situation où peu d'évidences scientifiques ont permis de dresser des lignes directrices sur les pratiques ergothérapeutiques dans ce domaine, le MCPP permet d'orienter l'ergothérapeute dans un processus de pratique centré sur l'occupation en fournissant un processus structuré et flexible qui prend en compte les divers contextes de pratique (Craik et al., 2013; Davis et al., 2013). Ainsi, cela permettra de répondre de manière complète et nuancée à la question de recherche. Par l'entremise de ces huit points d'action, ce modèle permettra d'organiser les pistes de réflexions aux ergothérapeutes qui s'intéressent aux bonnes pratiques auprès de cette clientèle, et ceci, en s'appuyant sur l'expertise du patient afin que ce dernier s'engage pleinement dans le processus de pratique. En bref, le modèle sélectionné permet de faire le pont entre la problématique connue et les postulats théoriques en ergothérapie afin de répondre à la question de recherche.

4. MÉTHODOLOGIE

Cette section porte sur la méthodologie de l'étude, en plus des divers éléments à considérer afin d'assurer la rigueur scientifique tout au long de la recherche. Ainsi, le devis de recherche et les différentes étapes réalisées seront présentés.

4.1 Devis de recherche

Afin de répondre à la question de recherche, cet essai sera fait sous forme d'étude de portée. Une étude de portée permet de ressortir et d'organiser des concepts clés provenant de différentes études ayant des intérêts communs afin d'examiner l'étendue des connaissances disponibles à ce jour en les résumant et diffusant l'analyse de ces connaissances (Arksey et O'Malley, 2005). Ce type de devis de recherche est pertinent puisqu'il permet d'examiner l'étendue, la portée et la nature des écrits disponibles actuellement; déterminer la pertinence d'entreprendre une revue systématique; résumer et diffuser l'ensemble des études dans un domaine précis ainsi qu'identifier les lacunes dans les connaissances actuelles (Arksey et O'Malley, 2005). En ce sens, l'étude de portée demeure pertinente dans cet essai afin d'identifier et de synthétiser les connaissances sur les approches préconisées en ergothérapie auprès de personnes ayant des difficultés cognitives à la suite d'un traitement contre le cancer, et ce tout au long des étapes du processus de pratique suggérées par le MCPP.

Pour ce faire, l'étude de portée de cet essai sera guidée par les cinq étapes proposées par Arksey et O'Malley (2005) présentées ci-dessous :

1. Identification de la question de recherche;
2. Identification des études pertinentes;
3. Sélection des études;
4. Élaboration d'une catégorisation des résultats;
5. Synthèse et communication des résultats.

Ces cinq étapes seront réalisées afin que cet essai relève d'un haut niveau de rigueur scientifique. Il est à noter que le processus de recherche nécessaire à l'étude de portée n'est pas linéaire, mais plutôt itératif, c'est-à-dire que chaque étape est faite de manière réflexive (Arksey

et O'Malley, 2005). Il est donc possible que certaines étapes soient refaites afin d'assurer que l'étendue des connaissances soit couverte dans son entièreté.

4.2 Identification de la question de recherche

La première étape de ce processus débute par l'identification de la question de recherche. Cela permet de guider l'élaboration des stratégies de recherche à préconiser puisque les éléments importants de la question de recherche seront identifiés tels que la population cible, les interventions et les résultats escomptés. Afin de déterminer une question de recherche adéquate en fonction du devis sélectionné, cette dernière doit être rédigée de sorte qu'elle couvrira un vaste éventail d'études antérieures (Arksey et O'Malley, 2005). Ainsi, la question de recherche pour cet essai est la suivante :

« Quelles sont les pratiques ergothérapeutiques basées sur les résultats probants permettant d'améliorer le fonctionnement occupationnel des personnes vivant avec des difficultés cognitives à la suite du traitement contre le cancer ? »

4.3 Identification des études pertinentes et sélection des études

Cette étape réfère au processus de sélection des articles dans les bases de données ce qui permet de générer une banque d'articles qui correspondent à la question de recherche (Arksey et O'Malley, 2005). Dans cette étude, les bases de données utilisées furent CINAHL, Medline et Psychinfo. Ces bases de données ont été sélectionnées puisqu'elles comportent un grand nombre d'articles dans le domaine de santé, plus particulièrement au plan des pratiques professionnelles en ergothérapie, en plus d'inclure des articles basés sur les résultats probants. La base de données Medline fut choisie puisqu'elle est une base de données sur les sciences biomédicales permettant d'obtenir des informations générales sur la problématique entourant le cancer. Ensuite, la base de données CINAHL fut choisie afin de recenser les interventions en ergothérapie auprès de cette clientèle parmi les études réalisées dans le domaine de la santé. Psychinfo fut choisi afin de documenter un éventail d'outils d'évaluation et d'interventions auprès des personnes vivant avec des difficultés cognitives à la suite du traitement du cancer. Des mots clés, tels que présents dans le tableau 1, ont permis de recueillir les études pertinentes. La recherche incluait l'ensemble des regroupements de mots clés suivants.

Tableau 1.
Stratégies de recherche des articles dans les bases de données

Bases de données	Mots-clés
CINAHL	(“Cancer treatment” or “Cancer care” or “chemotherapy” or “radiotherapy”)
Medline	
PsychINFO	AND
	(“Cognitive dysfunction” or “Cognitive impairment” or "Cognitive" or "Chimobrain" or "Cognition")
	AND
	("Practice*" or "Intervention*" or "Rehabilitation" or "Manag*" or "Treatment" or "Implementation" or "Training" or "Evaluation" or "Assessment")
	AND
	(“Occupational therap*” or “occupation*” or “occupational functioning”)

Afin d’inclure uniquement des articles répondant à la question de recherche, des critères furent établis (voir le tableau 2). Une première sélection des articles fut réalisée par la lecture des titres et des résumés. Par la suite, les articles sélectionnés furent soumis pour une validation auprès de la directrice d’essai.

Tableau 2.
Critères de sélection des articles

Critères d’inclusion	Critères d’exclusion
L’article porte sur une population vivant des difficultés cognitives à la suite d’un traitement du cancer, tel que décrit dans le titre, le résumé ou les mots-clés.	L’article est écrit dans une langue autre que le français ou l’anglais.
L’article fait des liens avec des concepts en ergothérapie, tels que les occupations, ou aborde la profession d’ergothérapie.	
L’article traite des approches/des interventions/des meilleures pratiques à adopter.	
L’article a été publié il y a moins de 10 ans.	

4.4 Extraction des résultats

Cette étape consiste à synthétiser et catégoriser les résultats obtenus en les classant selon des thèmes clés (Arksey et O’Malley, 2005). Pour ce faire, les articles sélectionnés en fonction des critères de sélection (Tableau 2) ont d’abord été résumés dans une grille d’extraction de données afin de recueillir les informations suivantes : les auteurs, l’année de publication, le lieu de l’étude,

l'objectif, l'échantillon, le devis, les interventions et les principaux résultats. À partir des données de cette grille, il fut possible de mettre en commun et de comparer les résultats des différentes études afin d'identifier les thèmes correspondant aux pratiques basées sur les données probantes, selon les étapes du processus de pratique en ergothérapie proposées par le MCPP (Townsend et Polatajko, 2013). Dans un souci de rigueur scientifique, les thématiques ressorties lors de l'extraction des résultats ont été co-validées en collaboration avec la directrice d'essai afin de réduire les biais de subjectivité et de s'assurer que tous les principaux éléments de contenu pertinents ont été considérés.

4.5 Synthèse et communication des résultats

Cette étape permet de présenter un grand nombre d'études regroupées en fonction de divers thèmes issus des études sans toutefois évaluer la qualité ou le niveau d'évidence de celles-ci (Arksey et O'Malley, 2005). Cette synthèse se trouve ici présentée dans la section des résultats de l'essai.

5. RÉSULTATS

Cette section fait état des résultats issus de l'analyse de l'ensemble des articles sélectionnés. La première partie décrit sommairement les articles retenus lors du processus de sélection tandis que la deuxième élabore sur les différents thèmes qui sont ressortis lors de l'extraction des résultats. La présentation des thématiques se base sur le cadre conceptuel du MCPP.

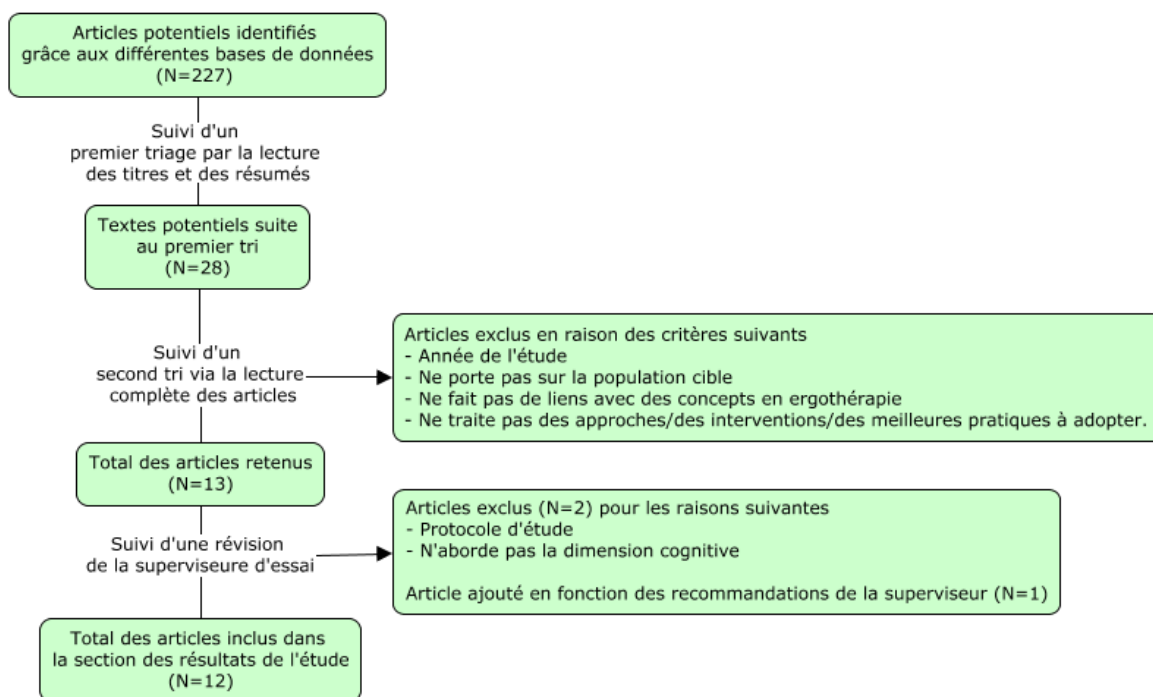
5.1 Présentation des articles sélectionnés

La stratégie de recherche utilisée a permis de faire ressortir 227 articles scientifiques provenant des bases de données CINAHL, Medline et PsychINFO. Une première lecture des titres ainsi que des résumés a permis de conserver 28 articles. Un second tri fut fait en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion, ce qui a permis de retenir 12 articles portant sur les pratiques en ergothérapie auprès de personnes ayant des difficultés cognitives à la suite du traitement contre le cancer. L'année de publication des articles sélectionnés est principalement entre 2013 et 2006 (N=7), alors que certains sont davantage récents, soit entre 2018 et 2020 (N=5). Les articles proviennent majoritairement de l'Europe (Angleterre n=3, Lituanie n=1, Finlande n=1 et Danemark n=1), de l'Australie (n=1) et des États-Unis (n=5), ce qui relève potentiellement de

réalités différentes de celles du Canada. Finalement, les études sélectionnées comprenaient généralement une faible taille d'échantillon, variant entre 1 et 64 participants

Figure 2.

Schématisation de la sélection des articles scientifiques



Les thématiques pertinentes en lien avec la question de recherche sont expliquées plus en détail dans les sections suivantes (voir également les annexes A et B).

5.2 Processus de pratique avec une clientèle vivant des difficultés cognitives à la suite du traitement contre le cancer.

Cette section présente les huit points d'action du MCPP ainsi que les résultats extraits des articles sélectionnés concernant les pratiques ergothérapeutiques permettant d'améliorer le fonctionnement occupationnel auprès des personnes vivant avec des difficultés cognitives à la suite du traitement contre le cancer. Certains points d'action du cadre conceptuel sont regroupés dans le but d'alléger le texte.

5.2.1. 1) Initier et établir le contact et 2) Établir les balises

5.2.1.1. Prise en compte de l'expérience subjective

Les participants des deux études qualitatives de Player et al. (2014) ainsi que de Klaver et ses collaborateurs (2020) rapportent qu'ils perçoivent un manque d'intérêt de la part des professionnels de la santé envers leurs symptômes cognitifs, en ce sens que ceux-ci se concentrent davantage sur le traitement contre le cancer plutôt que sur les effets secondaires qui en découlent, notamment au plan cognitif. Cela engendre donc un sentiment de frustration chez ces participants. Les participants de ces études identifient et nomment plusieurs besoins découlant de leur expérience de traitement auprès de différents professionnels de la santé. Un besoin perçu par ces participants est une reconnaissance des symptômes cognitifs afin que les difficultés cognitives rapportées soient prises en compte dès le début du traitement contre le cancer (Player et al. 2014; Klaver et al., 2020). Alors que chaque participant se situe à des stades de traitements différents et qu'ils n'expérimentent pas tous les mêmes effets secondaires, la prise en compte des éléments subjectifs pourrait contribuer à une meilleure compréhension des difficultés vécues au quotidien par les participants (Klaver et al., 2020; Selamat et al., 2014).

En plus de ce manque de reconnaissance, l'ensemble des participants (N=23) de l'étude qualitative phénoménologique de Klaver et ses collaborateurs (2020) ont soulevé le fait qu'ils se sentaient peu informés sur les effets secondaires du traitement contre le cancer sur la cognition. Ce manque d'informations engendre un sentiment d'incertitude envers l'origine de leurs difficultés cognitives ainsi que leur évolution à plus long terme (Newman et al.2019; Player et al., 2014). Il en découle le besoin d'obtenir davantage d'informations sur le sujet et de mieux connaître les différentes stratégies possibles pour la gestion des symptômes cognitifs dans la vie quotidienne. Selon Player et al. (2014), ce manque d'informations peut aussi être attribuable à la rapidité de la mise en place du traitement contre le cancer. En ce sens, les survivants contre le cancer perçoivent un manque de soutien de la part des professionnels de la santé et ont besoin du soutien de leurs proches pour pallier cette lacune (Klaver et al, 2020; Newman et al.2019).

5.2.1.2 Identification des défis occupationnels

La prise en compte des éléments subjectifs, telles que les difficultés cognitives perçues par les survivants du cancer, faciliterait aussi l'identification des défis occupationnels et permettrait

ainsi de dresser un portrait fonctionnel initial afin de prioriser les défis occupationnels à travailler en réadaptation (Townsend et Polatajko, 2013). La compréhension de la relation dynamique entre les rôles antérieurs des patients, leurs occupations quotidiennes ainsi que les contextes dans lesquels ces occupations sont réalisées offrent aux ergothérapeutes une perspective unique pour intervenir auprès de personnes vivant avec des difficultés cognitives (Newman, 2013). Aussi, lors de l'identification initiale des défis occupationnels par l'ergothérapeute, ce dernier doit être sensible à la présence des difficultés cognitives puisque celles-ci peuvent complexifier l'entrevue occupationnelle (Munoz et al., 2015). Ainsi, la collaboration des proches ou des soignants peut aussi faciliter l'identification du portrait occupationnel du survivant contre le cancer. De plus, les antécédents médicaux ainsi que les éléments reliés au traitement contre le cancer doivent être pris en compte à cette étape-ci (Munoz et al., 2015) afin d'avoir un portrait complet de la situation du patient.

Outre cela, il est connu que les difficultés cognitives découlant du traitement contre le cancer engendrent différents défis occupationnels, tels que dans les activités de la vie quotidienne (p. ex. l'hygiène personnelle, l'habillement ou la mobilité), de la vie domestique (p.ex. la conduite automobile, la gestion financière et la gestion du domicile) (Lewis et al., 2016; Munoz et al., 2015) et professionnelle (Player et al., 2014). Ainsi, il importe de questionner le patient sur sa satisfaction et son niveau d'accomplissement de ses différentes occupations afin de pouvoir identifier la pertinence de la contribution de l'ergothérapeute, et ainsi décider s'il est convenable de poursuivre les services en ergothérapie.

5.2.1.3 Décision de la poursuite ou la cessation du processus de pratique

Une fois les défis occupationnels identifiés, l'ergothérapeute, en collaboration avec le patient, doit prendre la décision de poursuivre ou de diriger le patient vers un autre service. Ayant un rôle peu documenté dans la littérature, les ergothérapeutes travaillant auprès de personnes ayant des difficultés cognitives ont parfois de la difficulté à définir leur contribution auprès de cette clientèle (Klaver et al., 2020). La compréhension de son rôle facilitera la suite du processus de pratique (Townsend et Polatajko, 2013). La contribution de l'ergothérapie auprès des personnes ayant des difficultés cognitives à la suite du traitement contre le cancer concerne notamment la participation et l'engagement dans les occupations significatives (Hansen et al., 2020 ; Newman

et al., 2019; Munoz et al., 2015). Ainsi, l'ergothérapeute doit se questionner afin de savoir s'il peut mettre à profit son expertise afin de favoriser la restauration des capacités cognitives et/ou la compensation des atteintes cognitives afin de faciliter l'engagement et la participation occupationnelle des personnes ayant des difficultés cognitives (Hansen et al., 2020). Si tel est le cas, l'ergothérapeute passera au point d'action suivant, soit d'évaluer et d'analyser.

5.2.2 3) Évaluer et analyser et 7) Évaluer le résultat

Lors du point d'action Évaluer et analyser, l'ergothérapeute effectue une évaluation approfondie de la personne, de l'environnement et de l'occupation afin de réaliser une analyse juste. Ces résultats d'évaluation permettront d'obtenir un portrait global des besoins occupationnels du patient au moment présent en plus d'avoir un point de comparaison pour évaluer ultérieurement les résultats et l'efficacité des interventions mises en place.

5.2.2.1 Appréciation des habiletés cognitives

L'évaluation de la cognition relève du champ de pratique de la psychologie et de la neuropsychologie (Lewis et al., 2016). Alors que les évaluations neuropsychologiques permettent d'obtenir des informations sur la cognition, les ergothérapeutes évaluent de façon holistique les éléments cognitifs contribuant aux limitations dans les occupations quotidiennes (Lewis et al., 2016; Skidmore, 2014). Peu d'outils sont toutefois validés auprès de cette clientèle. Parmi ceux-ci, le Functional Assessment of Cancer Therapy- Cognition (FACT-Cog) a été validé auprès de personnes ayant le cancer. Cet outil est un questionnaire autorapporté qui comporte quatre sous-échelles : capacités cognitives perçues, déficiences cognitives perçues, commentaires des autres et impact sur la qualité de vie (Vaartio-Rajalin et al., 2015). Outre cet outil, dans leur revue narrative, Munoz et al. (2015) proposent de nombreux outils d'évaluation pouvant être utilisés par un ergothérapeute avec une approche «top-down» (voir tableau 3). Toutefois, ces outils ne furent pas validés auprès de personnes ayant des difficultés cognitives à la suite d'un traitement contre le cancer. Plus récemment, une autre étude a permis de documenter l'utilisation d'un outil d'évaluation écologique permettant d'objectiver la performance d'une personne ayant des difficultés cognitives. Ainsi, dans leur étude qualitative descriptive auprès de 10 femmes ayant eu le cancer du sein, Lewis et al. (2016) avaient pour objectif d'analyser et d'évaluer les habiletés cognitives des participantes selon l'angle du modèle d'analyse des tâches percevoir, rappeler,

planifier et exécuter (PRPP). Le modèle PRPP permet d'évaluer comment les atteintes cognitives et les stratégies cognitives interagissent avec les demandes de l'environnement et les demandes en contexte de travail. Ainsi, le modèle PRPP souligne la contribution des facteurs environnementaux, personnels et occupationnels dans la réalisation d'une tâche en présence de difficultés cognitives. Ce modèle permet également d'évaluer différents habiletés (planifier, percevoir, exécuter et rappeler) puis de les comparer à une norme en fonction de ce qui est attendu pour l'ensemble des gens de ce groupe d'âge. Cela permet donc d'identifier les forces et les faiblesses de la personne en contexte de tâches fonctionnelles. Ces auteurs soutiennent que l'ergothérapeute a un rôle unique dans l'appréciation des difficultés cognitives puisque ces derniers possèdent l'expertise d'analyser la performance occupationnelle des personnes ayant des difficultés cognitives.

Enfin, en plus de ces outils, l'analyse de l'ergothérapeute se base aussi sur d'autres faits observables tels que lors de la réalisation de certaines occupations ainsi que sur les propos rapportés par le patient (Vaartio-Rajalin et al., 2015).

Tableau 3.

Résumé des évaluations de type «top-down» recensées pour l'appréciation des capacités cognitives (Lewis et al., 2016; Munoz et al., 2015)

Nom de l'évaluation	Objet de l'évaluation
Test of Everyday Attention	Évalue l'attention sélective, l'attention divisée, l'attention soutenue et le changement attentionnel, basé sur des scénarios de la vie de tous les jours.
Rivermead Behavioral Memory Test	Évalue diverses composantes de la mémoire à l'aide de situations rencontrées dans la vie de tous les jours.
Multiple Errands Test	Évalue l'impact de déficits des fonctions exécutives sur le fonctionnement quotidien par un certain nombre de tâches de la vie réelle (ex. acheter des items spécifiques, recueillir et écrire des informations spécifiques, se rendre à un endroit donné).
Perceive, Recall, Plan and Perform	Le modèle PRPP permet d'évaluer comment les atteintes cognitives et les stratégies cognitives interagissent avec les demandes de l'environnement et les demandes en contexte de travail

5.2.2.2 Évaluation occupationnelle

Toutes les occupations significatives pour un individu doivent être explorées afin d'augmenter sa participation, sa qualité de vie et d'améliorer ses capacités cognitives et physiques (Munoz et al., 2015). L'évaluation réalisée dans un contexte de vie réelle permet de dresser un

portrait holistique et plus représentatif des occupations plus problématiques (Skidmore, 2014; Newman, 2013). À cet égard, la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) fut utilisée dans l'étude de Newman et al. (2019). Cet outil permet de documenter le rendement occupationnel et de prioriser les occupations pour lesquelles le patient souhaite voir des améliorations, de même que documenter les changements à la suite des interventions (Newman et al., 2019). Il permet ainsi d'obtenir des informations pertinentes quant à l'impact des difficultés cognitives sur les occupations en plus d'aider à déterminer les cibles d'intervention à préconiser. En ce sens, cet outil permet d'objectiver la perception que les patients ont de leurs difficultés quotidiennes.

5.2.3. 4) Convenir des objectifs et du plan, 5) Mettre en œuvre le plan

À ce point d'action, les objectifs et le plan d'intervention sont élaborés en adoptant une pratique centrée sur le patient. Bien qu'à ce jour, aucune donnée probante ne permette de déterminer quelle intervention est la plus efficace pour diminuer les difficultés cognitives et à quel moment il est préférable d'intervenir (Player et al., 2014), certaines études ont documenté l'efficacité de différentes interventions. Ainsi, la description de ces études permet à l'ergothérapeute de pouvoir plus facilement cibler les pistes d'intervention pour améliorer le fonctionnement occupationnel de son patient. Bien que toutes les études aient évalué des interventions différentes, leurs objectifs convergeaient soit vers la diminution des symptômes cognitifs (Newman et al. 2019; Skidmore, 2014) l'amélioration des habiletés fonctionnelles (Munoz et al., 2015; Skidmore, 2014) ou encore la combinaison des deux (Player et al., 2014; Skidmore, 2014). Les différentes modalités d'interventions étudiées pour y parvenir, telle la transmission d'informations, la réadaptation cognitive et les interventions multimodales holistiques sont décrites ci-dessous.

5.2.3.1 Transmission d'informations

Tel que mentionné dans les études de Klaver et al. (2020), de Newman (2013), de Newman et al. (2019) ainsi que de Player et al. (2014), de nombreux survivants du cancer ont soulevé qu'ils se sentaient peu informés sur les effets secondaires du traitement contre le cancer sur la cognition ainsi que de leur évolution à plus long terme. Il est donc essentiel que le patient comprenne les changements cognitifs vécus ainsi que les impacts sur son fonctionnement. La compréhension de ces informations est facilitée lorsque les proches du patient sont inclus à cette

étape lors des interventions éducationnelles (Munoz et al., 2015). Ainsi, il va de soi qu'une cible d'intervention des ergothérapeutes soit de transmettre certaines informations au patient ainsi que sa famille. Les informations transmises au patient couvriront à la fois 1) le domaine biomédical afin d'expliquer l'effet du traitement contre le cancer sur les structures cérébrales et les fonctions cognitives, 2) le domaine fonctionnel afin d'expliquer comment l'atteinte de certaines structures et fonctions peut influencer la réalisation d'occupations ainsi que 3) le domaine social afin d'informer le patient des changements possibles au plan de ses rôles (Vaartio-Rajalin et al., 2015). À ce stade, il est également possible de transmettre certaines informations dans le but que le patient soit en mesure de mettre en pratique les principes d'autogestion. Plus concrètement, la transmission d'informations sera pertinente afin que le patient puisse être en mesure de faire la gestion des répercussions quotidiennes de ses difficultés cognitives, de sa douleur, de la fatigue et/ou de son anxiété (Newman, 2013). Newman (2013) suggère que la connaissance des changements cognitifs ainsi que des stratégies possibles pourra aider le patient à regagner un sentiment de contrôle sur sa vie et une perception d'efficacité personnelle accrue. La clarification de ces informations permettra aussi d'optimiser la mise en place du plan d'intervention tout en soutenant le patient et sa famille (Klaver et al., 2020).

5.2.3.2 Réadaptation cognitive

Au plan de la réadaptation cognitive, deux approches existent afin d'améliorer le fonctionnement cognitif et occupationnel. La première est une approche bottom-up alors que la deuxième est une approche top-down (Skidmore, 2014). L'approche bottom-up se concentre sur l'amélioration des fonctions neurocognitives spécifiques par le biais d'exercices d'entraînement. Cette approche repose sur l'hypothèse que l'amélioration des fonctions neurocognitives peut ensuite favoriser des améliorations lors de l'exécution des diverses occupations. L'approche bottom-up inclut la remédiation cognitive et les stratégies cognitives. L'approche top-down repose plutôt sur l'hypothèse selon laquelle l'amélioration de la performance dans les occupations peut ensuite favoriser l'amélioration des fonctions neurocognitives sous-jacentes (Skidmore, 2014). Ainsi, les occupations sont à la fois la modalité et le résultat de ces approches. Bien qu'il n'y ait pas d'évidence scientifique permettant de déterminer quelle approche est la plus efficace (Player et al., 2014; Skidmore, 2014), l'approche top-down est davantage utilisée en ergothérapie. Finalement, lorsqu'il n'est pas possible ou pas souhaité d'améliorer les fonctions cognitives, il y a possibilité de recourir à des stratégies compensatoires. La remédiation cognitive, les stratégies

cognitives, les stratégies compensatoires et les interventions axées sur l'occupation seront décrites ci-dessous.

La remédiation cognitive

Par définition, la remédiation cognitive consiste en des interventions axées sur l'entraînement et la restauration des fonctions cognitives (Centre national d'excellence en santé mentale, s.d.). La remédiation cognitive inclut des interventions ciblant spécifiquement différents domaines de la cognition comme l'attention, la mémoire, la vitesse de traitement de l'information et les fonctions exécutives (Klaver et al., 2020; Lewis et al., 2016; Sleight, 2016). Ces interventions se font sous forme de tâches papier-crayon, d'entraînement à l'ordinateur ou à l'aide de jeux de société (Skidmore, 2014). Bien que la remédiation cognitive ne soit pas au cœur des pratiques des ergothérapeutes (celle-ci étant davantage l'objet des interventions neuropsychologiques), il demeure possible d'y recourir notamment en combinaison avec l'enseignement à l'utilisation de certaines stratégies cognitives, telles que décrites ci-après.

Les stratégies cognitives

Les stratégies cognitives font référence aux comportements mis en place par la personne pour s'aider dans la résolution de problèmes ou l'accomplissement de tâches. Telles que présentées dans la revue narrative de Skidmore (2014), les stratégies cognitives qui apparaissent prometteuses incluent les stratégies métacognitives, la thérapie cognitivo-comportementale ainsi que l'approche Cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP) qui intègre aussi l'utilisation de stratégies métacognitives de résolution de problèmes pour soutenir la réalisation d'objectifs occupationnels. L'utilisation de stratégies cognitives nécessite un certain niveau de conscience de ses difficultés cognitives. Ainsi, avant d'introduire les stratégies cognitives aux patients, il est souhaité de faire prendre conscience au patient des facteurs précipitants et persistant des difficultés cognitives dans le quotidien (Lewis et al., 2016; Sleight, 2016). Par la suite, l'ergothérapeute sera en mesure d'enseigner les stratégies cognitives. Tel que décrit dans la revue narrative de Munoz et al. (2015) et l'étude quasi-expérimentale de Newman et al. (2019), le but est que le patient soit en mesure de se faire un plan d'action mental lui permettant de réaliser une tâche plus ou moins complexe en ayant une structure. Il sera donc plus facile de trouver des solutions en cas de problème. L'apprentissage de stratégies cognitives peut se généraliser à travers des interventions

axées sur l'occupation (telles que l'approche CO-OP) puisque l'ergothérapeute enseignera au patient le processus permettant d'identifier et gérer les problèmes à travers ses occupations (Skidmore, 2014). Cette généralisation des apprentissages est particulièrement importante pour l'amélioration de l'exécution de l'ensemble des occupations.

Interventions axées sur l'occupation

Plusieurs auteurs soutiennent l'importance d'intervenir sur les occupations significatives, préalablement identifiées et priorisées lors de l'évaluation (Lewis et al., 2016; Munoz et al., 2015; Skidmore, 2014; Vaartio-Rajalin et al., 2015). Les interventions axées sur l'occupation débutent généralement par l'identification et l'analyse des occupations problématiques, pour par la suite élaborer un objectif et établir un plan pour soutenir l'accomplissement de l'occupation choisie (Skidmore, 2014). Newman (2013) souligne aussi la pertinence de favoriser la perception de soi et la redéfinition de son identité occupationnelle à travers des interventions axées sur les occupations significatives auprès de personnes vivant avec des atteintes cognitives à la suite du traitement contre le cancer.

L'ergothérapeute, de pair avec le patient, identifieront des stratégies individualisées efficaces pour diminuer les situations problématiques (Munoz et al., 2015; Skidmore, 2014). L'ergothérapeute encouragera le patient à généraliser les stratégies et les apprentissages à une variété d'occupations. La généralisation de ces stratégies sera facilitée par leur utilisation répétée lors d'occupations motivantes (Skidmore, 2014).

Stratégies compensatoires

De nombreuses études soulèvent aussi l'apport de l'utilisation des stratégies compensatoires pour la gestion des symptômes cognitifs dans le quotidien (Klaver et al., 2020; Player et al., 2014; Skidmore, 2014; Sleight, 2016). Parmi ces stratégies se trouvent l'utilisation d'un agenda, l'utilisation d'applications mobiles, la prise de notes, l'enregistrement de conversations, la modification de l'environnement et le fait de demander de l'aide. Selon l'étude qualitative réalisée auprès de 23 survivants contre le cancer par Klaver et ses collaborateurs (2020) ainsi que l'étude de portée de Sleight (2016), la stratégie la plus couramment utilisée serait la prise de notes. Les stratégies compensatoires sont aussi largement utilisées en contexte de retour au travail afin d'avoir un niveau de fonctionnement semblable à celui précédant le traitement contre le cancer (Klaver et

al., 2020). Les stratégies compensatoires peuvent également être combinées à d'autres modalités, comme c'est le cas dans des interventions multimodales holistiques.

5.2.3.3 Interventions multimodales holistiques

Trois études recensées présentaient des interventions multimodales sous forme de groupe d'intervention. La première étude, ayant un devis quasi expérimental avant-après sans groupe témoin, avait pour objectif d'évaluer la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité potentielle du programme Take Action pour soutenir la performance occupationnelle des survivantes du cancer du sein vivant avec des difficultés cognitives (Newman et al., 2019). Ce programme comprend 6 séances d'une durée de 90 minutes, en modalité hybride (individuelle et de groupe). Il prône une approche d'autogestion, mettant l'accent sur la gestion des facteurs modifiables contribuant aux difficultés cognitives (fatigue, détresse émotionnelle, douleur et sommeil), l'enseignement de stratégies compensatoires, la résolution de problèmes ainsi qu'une planification hebdomadaire pour travailler les difficultés occupationnelles. Les résultats de l'étude démontrent une amélioration perçue de la performance occupationnelle, de la qualité de vie, de la participation et du bien-être en plus d'une diminution des impacts des difficultés cognitives, et ce même après 3 mois. De plus, il a été mentionné par les 15 femmes ayant suivi le programme que la modalité de groupe était fortement appréciée, permettant de répondre aux besoins individuels de tous.

La deuxième étude est celle de Petrusевичiene et al. (2018). Ayant un devis expérimental avant-après avec groupe témoin, l'objectif était d'évaluer les effets à court terme d'une thérapie occupationnelle communautaire sur la qualité de vie liée à la santé ainsi que sur la participation à des occupations significatives chez les femmes atteintes d'un cancer du sein. Pour ce faire, un programme fut testé auprès de 21 femmes de 18 ans et plus ayant eu le cancer du sein. Le programme était d'une durée de 6 semaines, à raison d'une séance de groupe par semaine. Le groupe expérimental recevait des séances supplémentaires (4 séances de 90 minutes) en ergothérapie pour réduire les conséquences les plus fréquemment recensées dans la littérature soit au plan de la fatigue, l'œdème post-chirurgical et l'amplitude articulaire. Les séances combinaient des enseignements (p. ex. : relaxation, gestion de la douleur, prévention et réduction de symptômes) à des activités ludiques comme le jardinage, le tricot et l'art plastique. Les résultats de l'étude ont montré qu'à la fin du programme d'ergothérapie, les résultats de l'évaluation de la

qualité de vie, la reprise de rôles, les fonctions cognitives et la fatigue se sont améliorés de manière statistiquement significative par rapport au groupe témoin. Les résultats de cette étude soulèvent que l'ergothérapie améliore significativement l'engagement dans des occupations significatives, la qualité de vie et la gestion des émotions en plus de réduire le niveau d'insomnie.

La troisième étude, un essai clinique randomisé réalisée par Hansen et al. (2020) avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des interventions en physiothérapie et en ergothérapie comparativement à une réadaptation régulière visant l'amélioration de la qualité de vie pendant le traitement contre le cancer. Parmi les 64 participants ayant eu un gliome, 32 ont été assignés au groupe d'intervention en ergothérapie et en physiothérapie. L'intervention comprenait 6 semaines de thérapie physique mettant l'accent sur l'exercice (entraînement cardiovasculaire, entraînement en résistance et interventions conçues individuellement pour répondre aux déficits ou aux déficiences des participants). Des tests d'auto-perception des performances dans la vie quotidienne ont également été réalisés. Si un participant identifiait des difficultés, deux séances supplémentaires en ergothérapie de 60 minutes étaient offertes. Ces séances étaient centrées sur le client, en modalité individuelle et axées sur des objectifs déterminés avec le patient. Les résultats de l'étude démontrent que les interventions en ergothérapie n'ont pas entraîné d'amélioration significative au plan de la qualité de vie globale. Une hypothèse pouvant expliquer cela est que la durée du programme était trop courte. Toutefois, il y a eu une amélioration significative au plan du fonctionnement cognitif, de leur performance occupationnelle et de certaines capacités physiques (force et flexibilité). De plus, le programme a permis une réduction significative des symptômes de fatigue, des maux de tête et des troubles visuels. Finalement, les participants soulèvent des effets positifs des interventions sur le développement des stratégies d'adaptation, le sentiment d'indépendance, la confiance et l'espoir. En somme, tel que démontré dans ces trois études, les interventions multimodales en ergothérapie permettent l'amélioration de diverses sphères en mettant l'accent sur la gestion des symptômes, l'enseignement de stratégies cognitives, la résolution de problèmes, la réalisation d'occupations significatives, le tout réalisé en groupe.

5.2.4. 6) Faire le suivi et 8) Conclure et mettre fin

En ce qui a trait aux points d'action de faire le suivi ainsi que de conclure et mettre fin, ces points d'action ne sont pas abordés dans les articles sélectionnés.

6. DISCUSSION

Cette section de l'essai inclut un retour sur les objectifs de l'étude, puis une réflexion et une analyse critique des résultats en lien avec des écrits scientifiques antérieurs. Le tout se termine par une synthèse des forces et des limites de cette étude ainsi que des retombées pour la pratique clinique.

6.1 Retour sur la question de recherche et les objectifs de l'étude

Cette étude de portée incluant 12 articles scientifiques a permis de faire le point sur l'étendue des connaissances concernant le processus de pratique de l'ergothérapeute pour améliorer le fonctionnement occupationnel des personnes vivant avec des difficultés cognitives à la suite du traitement contre le cancer. Ce processus de recherche s'est appuyé sur le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) afin d'organiser l'information et de guider les résultats selon le cheminement clinique utilisé par l'ergothérapeute avec le patient.

6.2. Analyse critique des résultats obtenus

L'analyse des articles sélectionnés a permis de faire ressortir de nombreux thèmes, ce qui a permis d'identifier certains éléments clés pour orienter le processus de pratique des ergothérapeutes auprès de cette clientèle. Certains thèmes, tels que la prise en compte de l'expérience subjective, la transmission d'informations et les interventions multimodales holistiques, sont ressortis dans de nombreux articles, soulignant la pertinence de ces éléments dans la prestation de soins auprès de cette clientèle. À l'inverse, certains points d'action étaient peu abordés dans la littérature. Tel était le cas pour les points d'action évaluer et analyser, ainsi que faire le suivi, conclure et mettre fin.

Suite à l'analyse des articles sélectionnés, il ressort d'abord la nécessité de mieux reconnaître les symptômes cognitifs et leurs manifestations occupationnelles à la suite des traitements du cancer, ainsi que d'informer davantage les patients à cet égard (Klaver et al, 2020; Player et al., 2014). Ceci est aussi corroboré par d'autres écrits scientifiques. Entre autres, cette préoccupation fut soulevée par plus de la moitié des participants de l'étude qualitative descriptive de Oberst et al. (2020) ayant pour objectif de faire ressortir les besoins non comblés des survivantes du cancer du sein. Cette étude souligne que certains de leurs besoins n'étaient pas pris en compte ni comblés,

tels que le besoin de recevoir davantage d'informations concernant les traitements et leurs effets secondaires. Cet élément est également soulevé dans l'étude de Clavarino et al. (2002), alors que 18,5% des participants soulèvent le besoin de recevoir de l'information concernant les effets secondaires du traitement contre le cancer ainsi que sur les moyens existants permettant de réduire ces effets secondaires. En ce sens, la prise en compte par l'ergothérapeute de l'expérience subjective de la personne à la suite du traitement contre le cancer s'avère importante en vue de mieux identifier les manifestations occupationnelles de ces difficultés cognitives, d'autant plus dans le contexte du manque d'outils validés auprès de cette clientèle (Cheville et al., 2011). Selon l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) (2012), étant un expert en habilitation de l'occupation, l'ergothérapeute se doit de travailler efficacement à titre d'expert centré sur le patient, l'occupation, le rendement occupationnel et la participation occupationnelle. Ainsi, les éléments rapportés par le patient doivent être pris en compte dans le processus de pratique en ergothérapie. Certaines études suggèrent aussi que la reconnaissance des effets secondaires perçus par le patient soit importante pour favoriser le maintien de son implication dans le traitement contre le cancer (Oberst et al., 2020; Hewitt et al., 2005). L'identification des effets secondaires ainsi que la reconnaissance de ceux-ci sont facilitées lorsque les professionnels de la santé s'impliquent tout au long du processus de traitement (Oberst et al., 2020). L'implication soutenue de l'ergothérapeute lui permet ainsi d'être davantage sensible à l'expérience subjective du patient.

En lien avec les points d'action 4) Convenir des objectifs et du plan et 5) Mettre en œuvre le plan, l'analyse des études sélectionnées a permis de faire ressortir l'importance de la transmission d'informations en temps opportun. En effet, il est primordial que le patient dispose des informations nécessaires à la compréhension de sa situation. Les patients atteints de cancer ont besoin de ces informations pour participer à la prise de décision, pour gérer les symptômes de leur maladie et ceux associés au traitement ainsi que pour faire face à l'expérience du cancer (Riese et al., 2016). Cet élément a également été soulevé dans l'étude de Clavarino et al. (2002). Parmi les dix habiletés du Modèle canadien d'habilitation centré sur le client, l'ergothérapeute possède l'habileté d'éduquer, c'est-à-dire de favoriser les apprentissages des patients (Townsend et Polatajko, 2013) en vue de faciliter l'engagement et la participation active aux occupations significatives. Bien que l'ergothérapeute possède les habiletés pour éduquer, l'éducation auprès des patients ayant des difficultés cognitives peut être complexe (Riese et al., 2016). Ainsi, l'analyse

des articles sélectionnés a fait ressortir que la façon dont l'information est transmise est tout aussi importante. Les patients se sentent souvent dépassés par la situation stressante vécue et peuvent ainsi avoir une capacité réduite pour assimiler des informations (Riese et al., 2016). C'est pourquoi la transmission de l'information peut être facilitée par la présence d'un proche. Ainsi, la transmission d'informations ainsi qu'un soutien supplémentaire au début et au cours du traitement est une approche facilitant le processus de pratique en ergothérapie. En plus de cela, l'inclusion des proches ressort de l'analyse des études sélectionnées, tout comme dans l'étude de Clavarino et al. (2002) et de Hashmi et al. (2019). La présence des proches lors de la transmission d'informations contribue à une approche inclusive dans laquelle le patient est au centre de cette collaboration.

Toujours en lien avec les points d'action 4) Convenir des objectifs et du plan et 5) Mettre en œuvre le plan, un troisième thème est mis de l'avant dans cet essai, soit la pertinence des interventions multimodales holistiques. Bien que différentes interventions réalisées de façon individuelle (p. ex. : enseignement de stratégies cognitives, stratégies compensatoires ou réentraînement cognitif) furent l'objet de certaines études, la combinaison de ces interventions par une approche multimodale s'est révélée prometteuse dans trois des articles retenus. Ces interventions, permettant l'amélioration de diverses sphères de la personne, incluent plusieurs éléments d'intervention, dont la gestion des symptômes, l'enseignement de stratégies cognitives, la résolution de problèmes, la réalisation d'occupations significatives et les modalités de groupe. Ayant de nombreuses habiletés telles que d'éduquer, adapter et engager le client, l'ergothérapeute possède l'expertise pour prodiguer de telles interventions multimodales, permettant de réduire l'impact des difficultés cognitives au quotidien (Oh et Kim, 2016). L'utilisation d'interventions multimodales serait aussi appuyée par la méta-analyse de Oh et Kim (2016) portant sur les effets d'interventions non pharmacologiques sur les difficultés cognitives associées au cancer. Cette étude prometteuse est intéressante sans toutefois aborder les interventions et leurs résultats sous l'angle occupationnel, ce qui explique qu'elle ait été exclue des articles sélectionnés pour cet essai. Tout comme dans la présente étude de portée, la méta-analyse de Oh et Kim (2016) inclut aussi plusieurs études ayant recours à la modalité de groupe. Parmi celles-ci, l'étude de Thewes et al. (2016) auprès de 218 femmes ayant le cancer du sein soulève que la modalité de groupe est appréciée dans le cadre des interventions multimodales lors du traitement contre le cancer. La

modalité de groupe, pouvant être réalisée par des ergothérapeutes, demeure ainsi pertinente auprès de personnes ayant des difficultés cognitives à la suite du traitement contre le cancer. Dans la méta-analyse de Oh et Kim (2016), 9 des 14 études utilisaient des interventions axées sur la cognition telles des activités d'entraînement cognitif, la résolution de problèmes ainsi que l'utilisation de stratégies compensatoires. Les résultats de cette méta-analyse sont cohérents avec les résultats de la présente étude de portée en ce qui a trait à l'amélioration significative des fonctions cognitives. Les articles inclus par Oh et Kim (2016) faisaient également mention de l'efficacité d'interventions psychologiques (ex. : méditation, gestion des symptômes) ainsi que du potentiel d'inclure de l'éducation ainsi que de l'activité physique aux interventions multimodales. Dans l'ensemble, la méta-analyse fait ressortir que les participants perçoivent les bienfaits des interventions non pharmacologiques sur leur fonctionnement cognitif, en plus du fait qu'elles soient moins invasives que les traitements pharmacologiques.

En ce qui a trait au point d'action évaluer et analyser, cette étude de portée fait ressortir le besoin d'études futures pour documenter la validité et la fidélité des outils d'évaluation en ergothérapie auprès d'une clientèle ayant des difficultés cognitives suite au traitement contre le cancer (Lewis et al., 2016; Skidmore, 2014). À ce jour, très peu d'outils d'évaluation sont validés auprès d'une clientèle ayant le cancer (Lewis et al., 2016) et, parmi ceux-ci, la plupart utilisent une approche bottom-up, mettant ainsi l'accent sur la cognition plutôt que sur l'aspect occupationnel. Une hypothèse pouvant expliquer le faible nombre d'outils validés est que les difficultés cognitives découlant du traitement contre le cancer est un phénomène encore méconnu (Wallis et al., 2020), touchant néanmoins 34% des personnes ayant eu le cancer 12 mois après la fin de leur traitement (Oberst et al., 2010) et que des besoins en matière de recherche perdurent (Raj et al., 2020). Ainsi, peu de consensus sont faits quant aux lignes directrices à préconiser pour apprécier les habiletés cognitives et fonctionnelles auprès de cette population (Oh et Kim, 2016). Toutefois, l'outil PRPP demeure une avenue intéressante pour apprécier l'impact des difficultés cognitives sur la performance dans les occupations chez les personnes ayant eu un traitement contre le cancer (Lewis et al., 2016). Étant un expert en habilitation de l'occupation, l'ergothérapeute doit considérer les éléments de l'environnement, la personne et l'occupation lors de son évaluation. Puisque le PRPP souligne la contribution des facteurs environnementaux, personnels et occupationnels dans la réalisation d'une tâche impliquant les fonctions cognitives, il serait

intéressant de poursuivre la validation de cet outil auprès de cette clientèle afin que les ergothérapeutes puissent objectiver les manifestations occupationnelles des difficultés cognitives. En ce sens, les ergothérapeutes ont un rôle important à exercer afin de valider cet outil auprès de cette clientèle.

Enfin, en ce qui a trait aux points d'action faire le suivi ainsi que conclure et mettre fin, très peu d'informations étaient abordées dans la littérature. Il est possible que ces points d'action ne soient peu ou pas documentés en raison de l'émergence des recherches abordant les suivis en ergothérapie des personnes vivant avec des difficultés cognitives à la suite des traitements contre le cancer. Ces points d'action réfèrent notamment au suivi de la mise en application des interventions ainsi qu'à la conclusion du processus de pratique en ergothérapie (Townsend et Polatajko, 2013). Ainsi, il est possible de croire que cela réfère principalement au jugement clinique et à la mise en place de l'habileté d'expert en habilitation de l'occupation. Cela implique donc que l'ergothérapeute doit se fier à son jugement clinique afin de déterminer l'atteinte ou non des objectifs d'intervention ainsi que la nécessité de poursuivre ou de mettre fin au processus de pratique. À cet égard, il serait aussi intéressant de documenter comment le contexte de la pratique influence les décisions et les possibilités de suivis en ergothérapie auprès de cette clientèle.

6.2.1. Implications et recommandations pour la pratique

En considérant les résultats obtenus, plusieurs éléments clés du processus de pratique émergent de cette étude, permettant de proposer des pistes de réflexion sur les pratiques à préconiser en ergothérapie. D'abord, le caractère subjectif des symptômes cognitifs occupe une place importante dans l'expérience vécue par les survivants du cancer. Ainsi, dès le premier contact avec le patient, l'ergothérapeute doit prendre en considération cet aspect afin d'offrir une pratique centrée sur le client et bâtir un lien de confiance (Townsend et Polatajko, 2013). Cela facilitera l'identification des défis occupationnels. Alors que plusieurs ergothérapeutes se questionnent sur leur implication auprès de cette clientèle (Klaver et al, 2020), l'identification de son rôle permettra de cibler les évaluations et les interventions pouvant être réalisées auprès de cette clientèle. Bien que peu d'évaluations standardisées validées auprès de cette clientèle soient disponibles, certains outils sont à la disposition des ergothérapeutes pour objectiver les répercussions occupationnelles de ces symptômes (p. ex. : le modèle PRPP) en plus de considérer l'expérience subjective de la

personne (p. ex. : la MCRO ou la FACT-Cog). Cette étude de portée souligne d'ailleurs l'importance d'utiliser des occupations signifiantes lors de l'évaluation pour objectiver les défis occupationnels vécus par le patient. En dernier lieu, cette étude identifie de nombreuses interventions pouvant être réalisées par les ergothérapeutes afin qu'ils exercent leur rôle d'expert en habilitation de l'occupation. Entre autres, par le biais d'interventions multimodales et holistiques, pouvant aussi inclure des modalités de groupe et des interventions éducationnelles, les ergothérapeutes peuvent déployer différentes habiletés de l'expert en habilitation de l'occupation et d'une pratique centrée sur le client. Par leur expertise et leur jugement clinique, les ergothérapeutes peuvent apporter une contribution unique au parcours de rétablissement des personnes ayant des difficultés cognitives à la suite du traitement contre le cancer. En bref, cette étude permettra aux ergothérapeutes et aux étudiants travaillant auprès de personnes vivant des difficultés cognitives à la suite d'un traitement contre le cancer d'avoir des pistes de réflexion sur divers éléments à préconiser tout au long du processus de pratique en ergothérapie.

6.2.3. Forces et limites de cette recherche

Cette recherche avait pour objectif de synthétiser les connaissances actuelles dans le domaine de l'ergothérapie concernant les pratiques prometteuses pour améliorer le fonctionnement occupationnel auprès d'une clientèle vivant des difficultés cognitives à la suite d'un traitement contre le cancer. Cette recherche est la première dans le domaine de l'ergothérapie à regrouper et synthétiser les données probantes selon les points d'action du MCPP. L'implication des ergothérapeutes auprès d'une clientèle ayant des difficultés cognitives découlant du traitement contre le cancer est un sujet émergent en recherche ainsi qu'en pratique clinique. De manière encourageante, l'étude a permis d'identifier et de regrouper des articles ayant un certain degré de rigueur scientifique et offrant des avenues prometteuses pour la pratique clinique et la recherche. En plus de cela, le processus de recherche des articles, la sélection des articles ainsi que l'analyse des thèmes émergents ont été co-validés avec la directrice d'essai. L'utilisation d'un modèle de pratique reconnu et spécifique à l'ergothérapie constitue aussi une force de l'essai.

Par ailleurs, bien qu'un souci de rigueur fût présent tout au long du processus de recherche, certaines limites sont présentes et peuvent interférer avec les résultats de cette étude. Premièrement, il est possible que certains articles n'aient été sélectionnés en raison du choix de mots clés dans les bases de données, en plus du fait que la recherche était limitée à trois bases de

données. Deuxièmement, l'ensemble des études sélectionnées proviennent de pays autres que le Canada, relevant d'un contexte de pratique différent. Ainsi, il est possible que le rôle des ergothérapeutes soit différent dans d'autres pays, ce qui aurait pour effet que le processus de pratique en ergothérapie pourrait être légèrement différent au Canada, limitant ainsi la généralisation des résultats de cette étude. En dernier lieu, les études sélectionnées comprenaient un faible échantillonnage, variant entre 1 et 64 participants. Ainsi, encore une fois, il est difficile de généraliser les résultats de cette étude à l'ensemble de la population ayant vécu des traitements contre le cancer.

7. CONCLUSION

Cet essai, prenant la forme d'une étude de portée, fait état des pratiques prometteuses en ergothérapie à préconiser avec une clientèle ayant des difficultés cognitives à la suite du traitement contre le cancer. Ces pratiques prometteuses sont issues d'une analyse rigoureuse des articles sélectionnés dans les bases de données et synthétisés selon le MCPP. Cette étude de portée permettra aux ergothérapeutes d'obtenir des pistes de réflexion utiles pour guider leur pratique auprès de cette clientèle. Certains éléments clés sont ressortis de cette étude, dont la prise en compte de l'expérience subjective, la transmission d'informations ainsi que les interventions multimodales holistiques. Alors que certains points d'action sont peu abordés dans la littérature (p. ex. en ce qui a trait à l'évaluation), les ergothérapeutes doivent assurer un rôle de leadership dans le développement de connaissances et de pratiques innovantes dans ce domaine en émergence. En plus de cela, les ergothérapeutes doivent plaider pour faire reconnaître les besoins de cette clientèle afin que ceux-ci aient accès à des services de réadaptation favorisant l'amélioration de leur fonctionnement occupationnel et de leur qualité de vie tout au long de leur parcours de soins. Enfin, par la connaissance des besoins des personnes ayant des difficultés cognitives à la suite du traitement contre le cancer et des meilleures pratiques à adopter avec ceux-ci, les ergothérapeutes ont le pouvoir d'améliorer la prestation des services en adaptant leur pratique et en plaidant pour optimiser la qualité des soins offerts.

RÉFÉRENCES

- Ahles, T. A., & Hurria, A. (2018). New challenges in psycho-oncology research iv: cognition and cancer: conceptual and methodological issues and future directions. *Psycho-Oncology*, 27(1), 3–9. <https://doi.org/10.1002/pon.4564>
- Arksey, H., et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1080/1364557032000119616>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. CAOT Publications ACE: Ottawa, ON.
- Baxter, M. F., Newman, R., Longpré S. M., & Polo, K. M. (2017). Occupational therapy's role in cancer survivorship as a chronic condition. *The American Journal of Occupational Therapy : Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 71(3), 1–7103090010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.713001>
- Brenner, D. R., Weir, H. K., Demers, A. A., Ellison, L. F., Louzado, C., Shaw, A., Turner, D., Woods, R. R., et Smith, L. M. (2020). Projected estimates of cancer in Canada in 2020. *Canadian Medical Association Journal*, 192(9), E199. doi:10.1503/cmaj.191292
- Centre national d'excellence en santé mentale. (s.d.) Bibliothèque virtuelle. <https://cnesm.org/bibliotheque-virtuelle/autres-dossiers-thematiques/approches-specialisees/remediation-cognitive/>
- Cheville, A. L., Kornblith, A. B., et Basford, J. R. (2011). An examination of the causes for the underutilization of rehabilitation services among people with advanced cancer. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 90(5), 27–37. <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e31820be3be>
- Clavarino, A. M., Lowe, J. B., Carmont, S.-A., et Balanda, K. (2008). The needs of cancer patients and their families from rural and remote areas of queensland. *Australian Journal of Rural Health*, 10(4), 188–195. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2002.tb00031.x>
- Craik, J., Davis, J., & Polatajko, H. J. (2013). Présenter le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) : déployer le contexte. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (Eds), *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e éd., pp. 269-290, version française N. Cantin). Ottawa, Ontario : CAOT Publications ACE.
- Davis, J., Craik, J., & Polatajko, H. J. (2013). Employer le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) : déployer le processus. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (Eds), *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e éd., pp. 291-320, version française N. Cantin). Ottawa, Ontario : CAOT Publications ACE.

- Green, H. J., Mihuta, M. E., Ownsworth, T., Dhillon, H. M., Tefay, M., Sanmugarajah, J., Tuffaha, H. W., Ng, S.-K., et Shum, D. H. K. (2019). Adaptations to cognitive problems reported by breast cancer survivors seeking cognitive rehabilitation: a qualitative study. *Psycho-Oncology*, 28(10), 2042–2048. <https://doi.org/10.1002/pon.5189>
- Hansen, A., Pedersen, C. B., Jarden, J. O., Beier, D., Minet, L. R., et Sjøgaard, K. (2020). Effectiveness of physical therapy- and occupational therapy-based rehabilitation in people who have glioma and are undergoing active anticancer treatment: single-blind, randomized controlled trial. *Physical Therapy*, 100(3), 564–574. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzz180>
- Hashmi, F., Gregor, N., Liszewski, B., Bola, R., Kulczynski, S., Nathoo, D., Su, H., Tirona, R., Russell, S., Turner, A., Di Prospero, L., D'Alimonte, L., et McGuffin, M. (2019). It only takes a minute: the development and implementation of a patient experience survey in radiation therapy. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 50(1), 5–11. <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2018.07.006>
- Hemphill-Pearson, B. J., et Hunter, M. (1997). Holism in mental health practice. *Occupational Therapy in Mental Health*, 13(2), 35–49. https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1300/J004v13n02_03
- Henderson, F. M. E., Cross, A. J., et Baraniak, A. R. (2019). ‘A new normal with chemobrain’: Experiences of the impact of chemotherapy-related cognitive deficits in long-term breast cancer survivors. *Health Psychology Open*, 6(1), 205510291983223. <https://doi.org/10.1177/2055102919832234>
- Janelins, M. C., Kohli, S., Mohile, S. G., Usuki, K., Ahles, T. A., et Morrow, G. R. (2011). An update on cancer and chemotherapy related cognitive dysfunction: Current status. *Seminars in Oncology*, 38, 431–438. <https://doi.org/10.1053/j.seminoncol.2011.03.014>
- Klaver, K. M., Duijts, S. F. A., Engelhardt, E. G., Geusgens, C. A. V., Aarts, M. J. B., Ponds, R. W. H. M., van der Beek, A. J., et Schagen, S. B. (2020). Cancer-related cognitive problems at work: experiences of survivors and professionals. *Journal of Cancer Survivorship*, 14(2), 168–178.
- Lewis, J., Chapparo, C., Mackenzie, L., et Ranka, J. (2016). Work after breast cancer: identification of cognitive difficulties using the perceive, recall, plan, and perform (PRPP) system of task analysis. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(5), 323–332. <https://doi.org/10.1177/0308022616639983>
- Moore, H.-C. (2014) An overview of chemotherapy-related cognitive dysfunction, or ‘chemobrain’. *Oncology*, 28(9), 797–804.

- Munoz, L. A., Campbell, C., et Bowyer, P. (2015). The Role of Occupational Therapy in Older Adults With Cognitive Impairments and an Oncology Diagnosis. *Topics in Geriatric Rehabilitation, 31*(4), 281 – 286.
- Newman, R. M. (2013). Re-defining one's occupational self 2 years after breast cancer: a case study. *Work, 46*(4), 439–44. <https://doi.org/10.3233/WOR-131679>
- Newman, R., Lyons, K. D., Coster, W. J., Wong, J., Festa, K., et Ko, N. Y. (2019). Feasibility, acceptability and potential effectiveness of an occupation-focused cognitive self-management program for breast cancer survivors. *British Journal of Occupational Therapy, 82*(10), 604–611. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1177/0308022619861893>
- Oberst, K., Bradley, C. J., Gardiner, J. C., Schenk, M., et Given, C. W. (2010). Work task disability in employed breast and prostate cancer patients. *Journal of Cancer Survivorship : Research and Practice, 4*(4), 322–30. <https://doi.org/10.1007/s11764-010-0128-8>
- Oh, P. J., et Kim, J. (2016). The effects of nonpharmacologic interventions on cognitive function in patients with cancer: a meta-analysis. *Oncology Nursing Forum, 43*(5), 205–17. <https://doi.org/10.1188/16.ONF.E205-E217>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2021). Qu'est-ce que l'ergothérapie. <https://www.oeq.org/m-informer/qu-est-ce-que-l-ergotherapie.html>
- Petruseviciene, D., Surmaitiene, D., Baltaduoniene, D., et Lendraitiene, E. (2018). Effect of community-based occupational therapy on health-related quality of life and engagement in meaningful activities of women with breast cancer. *Occupational Therapy International. https://doi.org/10.1155/2018/6798697*
- Player, L., Mackenzie, L., Willis, K., et Loh, S. Y. (2014). Women's experiences of cognitive changes or 'chemobrain' following treatment for breast cancer: a role for occupational therapy? *Australian Occupational Therapy Journal, 61*(4), 230–240. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1111/1440-1630.12113>
- Polatajko, H. J., Craik, J., Davis, J., & Townsend, E. A. (2013). Cadre conceptuel du processus de pratique canadien. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (Eds), *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e éd., p. 274, version française N. Cantin). Ottawa, Ontario : CAOT Publications ACE.
- Raj, V. S., Pugh, T. M., Yaguda, S. I., Mitchell, C. H., Mullan, S. S., et Garces, N. S. (2020). The who, what, why, when, where, and how of team-based interdisciplinary cancer rehabilitation. *Seminars in Oncology Nursing, 36*(1). <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.150974>

- Riese, C., Weiß, B., Borges, U. J., Beylich, A., Dengler, R., Hermes-Moll, K., Welslau, M., et Baumann, W. (2017). Effectiveness of a standardized patient education program on therapy-related side effects and unplanned therapy interruptions in oral cancer therapy: a cluster-randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer : Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 25(11), 3475–3483. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3770-0>
- Rijkema, C., Van Hartingsveldt, M., et Stuiver, M. M. (2018). Occupational therapy in cancer rehabilitation: Going beyond physical function in enabling activity and participation. *Expert Review of Quality of Life in Cancer Care*, 3(1), 1–3. <https://doi.org/10.1080/23809000.2018.1438844>
- Selamat, M. H., Loh, S. Y., Mackenzie, L., et Vardy, J. (2014). Chemobrain experienced by breast cancer survivors: a meta-ethnography study investigating research and care implications. *Plos One*, 9(9), 108002. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0108002>
- Skidmore, E. R. (2014). Activity interventions for cognitive problems. *Pediatric Blood & Cancer*, 61(10), 1743–6. <https://doi.org/10.1002/pbc.24781>
- Sleight, A. (2016). Coping with cancer-related cognitive dysfunction: a scoping review of the literature. *Disability and Rehabilitation*, 38(4), 400–8. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.3109/09638288.2015.1038364>
- Stein Duker, L. I., et Sleight, A. G. (2019). Occupational therapy practice in oncology care: results from a survey. *Nursing & Health Sciences*, 21(2), 164–170. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1111/nhs.12576>
- Thewes, B., Butow, P., Bell, M. L., Beith, J., Stuart-Harris, R., Grossi, M., Capp, A., et Dalley, D. (2012). Fear of cancer recurrence in young women with a history of early-stage breast cancer: a cross-sectional study of prevalence and association with health behaviours. *Supportive Care in Cancer*, 20(11), 2651–2659. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1371-x>
- Townsend, E., Polatajko, H. J., Cantin N., & Association canadienne des ergothérapeutes. (2013). *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e éd). CAOT Publications ACE.
- Ulfers, S. S., et Berg, C. (2017). Occupational therapists with oncology exposure: perceived needs on adults and older adults with cancer-related cognitive impairments. *Otjr : Occupation, Participation and Health*, 37(3), 149–154. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1177/1539449217698105>
- Vaartio-Rajalin, H., Huuonen, T., Iire, L., Jekunen, A., Leino-Kilpi, H., Minn, H., et Paloniemi, J. (2015). Patient education process in oncologic context: what, why, and by whom? *Nursing Research*, 64(5), 381–390. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000114>

Wallis, A., Meredith, P., et Stanley, M. (2020). Cancer care and occupational therapy: a scoping review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 67(2), 172–194. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1111/1440-1630.12633>

ANNEXE A

Tableau 4.

Résumé des thèmes abordés par les articles sélectionnés, selon les points d'action du Modèle canadien du processus de pratique

Thèmes Auteurs	1. Initier le contact et 2. Établir les balises			3. Évaluer et analyser 7. Évaluer les résultats		4. Convenir des objectifs et du plan 5. Mettre en œuvre le plan			6. Suivi 8. Conclure
	Expérience subjective	Défis occupationnels	Poursuite ou abandon	Appréciation des habiletés cognitives	Occupations	Transmission d'informations	Réadaptation cognitive ^a	Interventions multimodales holistiques	
Hansen et al., 2020			x						
Klaver et al., 2020	x		x			x	x		
Lewis et al., 2016		x		x	x		x		
Munoz et al., 2015		x	x	x	x	x	x		
Newman, 2013	x	x				x		x	
Newman et al., 2019	x		x		x	x		x	
Petruseviciene et al., 2018								x	
Player et al., 2014	x	x				x	x	x	
Skidmore, 2014				x	x		x		
Sleight, 2015							x		
Taylor et al., 2018								x	
Vaario-Rajalin et al., 2015				x		x	x		

^a Note: Les interventions liées à la réadaptation cognitive peuvent inclure la remédiation cognitive, l'utilisation de stratégies cognitives, les interventions axées sur les occupations et/ou l'utilisation de stratégies compensatoires.

ANNEXE B

Tableau 5.

Grille d'extraction et résumés des articles scientifiques retenus

Titre de la publication	Auteurs et année de publication	Objectif de l'étude	Méthode et interventions	Principaux résultats
Work after breast cancer: Identification of cognitive difficulties using the Perceive, Recall, Plan, and Perform (PRPP) System of Task Analysis	Lewis, J., Chapparo, C., Mackenzie, L., et Ranka, J. (2016).	Cette étude vise à identifier et décrire les expériences subjectives de femmes ayant eu le cancer du sein en ce qui a trait à l'utilisation de stratégies cognitives en contexte de travail en utilisant le modèle d'analyse des tâches Percevoir, Rappeler, Planifier et Exécuter (PRPP).	Devis : Étude qualitative Recrutement : 10 femmes âgées entre 39 et 67 ans ayant eu un cancer du sein de stade 2 ou 3. Collecte de données : Entrevue Analyse des données : Analyse qualitative (approche déductive). Regroupement de l'information en thèmes.	Les 10 femmes ont éprouvé des difficultés à accomplir des tâches professionnelles nécessitant des stratégies cognitives liées aux catégories de traitement " programmation ", " poursuite " et " assistance " du système PRPP. En outre, les femmes ont démontré des forces dans leur capacité à évaluer leur propre pensée et performance. Le PRPP a été identifié comme un outil de mesure et d'entretien potentiellement utile à cette fin.
Effectiveness of Physical Therapy– and Occupational Therapy– Based Rehabilitation in People Who Have Glioma and Are Undergoing Active Anticancer Treatment:	Hansen, A., Pedersen, C.B., Jarden, J.O., Beier, D., Minet, L.R. et Sogaard, K. (2020).	Évaluer l'efficacité des interventions en physiothérapie et en ergothérapie comparativement à une réadaptation régulière visant l'amélioration de la qualité de vie pendant le traitement contre le cancer	Devis : Essai clinique randomisé Participants : L'étude comprend 64 participants ayant un gliome ayant suivi un traitement contre le cancer à l'Odense University Hospital. Intervention : Attribution à deux groupes d'intervention. Les participants faisant partie du groupe ayant de l'ergothérapie et de la physiothérapie recevaient 2 séances individualisées de 60 minutes par semaine, d'une durée de 6 semaines, dans lesquelles les besoins du client étaient travaillés. Le groupe témoin recevait une réadaptation habituelle qui correspondait à ce qui était attendu comme fonctionnement nécessaire pour	Le groupe ayant des interventions en ergothérapie et en physiothérapie n'ont pas eu d'amélioration significative au niveau de la qualité de vie globale. Toutefois, il y a une amélioration significative au niveau du fonctionnement cognitif, de leur performance occupationnelle et de certaines capacités physiques (force et flexibilité). Une réduction significative des symptômes de fatigue, des maux de tête et des troubles visuels étaient également présents dans le groupe d'intervention. Ce même groupe a ressenti des effets positifs des interventions sur les stratégies d'adaptation, le sentiment d'indépendance, la confiance et l'espoir.

Single-Blind, Randomized Controlled Trial			<p>avoir son congé. Cela était laissé au jugement clinique du professionnel à la suite d'évaluations</p> <p>Outils de mesure : Mesure canadienne du rendement occupationnel et Assessment of Motor and Process Skills.</p> <p>Analyse des données : Statistiques descriptives pour décrire l'échantillon et statistiques inférentielles pour comparer les moyennes des évaluations.</p>	
Cancer-related cognitive problems at work: experiences of survivors and professionals.	Klaver, K. M., Duijts, S. F. A., Engelhardt, E. G., Geusgens, C. A. V., Aarts, M. J. B., Ponds, R., . . . Schagen, S. B. (2020).	<ul style="list-style-type: none"> - Générer des informations détaillées sur les problèmes cognitifs liés au cancer chez les survivants. - Faire état des stratégies utilisées pour contrer les difficultés cognitives dans un contexte de travail. - Faire état des besoins des survivants et des professionnels liés aux difficultés cognitives. 	<p>Devis : Qualitatif phénoménologique</p> <p>Recrutement : Échantillonnage intentionnel. Trois groupes de survivants (n= 8, n=7 et n=8) selon des critères de sélection et deux groupes de professionnels travaillant ou ayant travaillé avec des survivants du cancer ayant eu des difficultés cognitives (n= 7, n=8).</p> <p>Collecte de données : groupe de discussion et entrevue semi-structurée abordant les sujets suivants : problèmes cognitifs liés au cancer au travail, stratégies utilisées par les survivants, stratégies recommandées par les professionnels pour soutenir les survivants du cancer ayant des problèmes cognitifs liés au cancer au travail et les besoins des survivants du cancer et des professionnels pour faire face aux problèmes cognitifs liés au cancer travail.</p> <p>Outil de mesure : questionnaire maison</p> <p>Analyse des données : Transcription des données des verbatim et analyse des thèmes</p>	<p>3 thématiques ayant ressorti :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Problèmes cognitifs liés au cancer chez les survivants qui sont retournés au travail 2. Stratégies utilisées pour gérer les problèmes cognitifs liés au cancer ; 3. Besoins des survivants et des professionnels concernant les problèmes cognitifs liés au cancer au travail. <p>Les survivants du cancer et les professionnels ont confirmé que les problèmes cognitifs liés au cancer, qui sont apparus dans plusieurs domaines du fonctionnement neurocognitif, affectent le fonctionnement du travail. Les survivants du cancer ont utilisé plusieurs stratégies (par exemple, l'application d'ajustements pratiques, la réorganisation du travail et l'acceptation des limites) pour faire face aux problèmes cognitifs liés au cancer au travail, tout comme les professionnels dans leur tentative de soutenir les survivants du cancer confrontés à ces problèmes. Divers besoins sont soulevés par les survivants du cancer comme des options de soins de soutien et la reconnaissance par les autres. Des besoins sont rapportés par les professionnels comme l'amélioration de leur expertise et une amélioration des voies d'orientation vers les services</p>
The Role of Occupational Therapy in Older Adults With	Munoz, L. A., Campbell, C., et Bowyer, P. (2015).	Aborder les contributions que les ergothérapeutes peuvent offrir aux patients souffrant	<p>Devis : Revue narrative</p> <p>Méthode : Consultation d'articles abordant les difficultés cognitives et ses traitements en plus d'articles abordant l'effet de l'âge sur les difficultés cognitives</p>	L'article aborde les sujets suivants : les effets d'une chimiothérapie sur la cognition, le rôle de l'ergothérapeute et les considérations cliniques. Les ergothérapeutes jouent un rôle unique et holistique lorsqu'ils travaillent avec une personne âgée ayant

Cognitive Impairments and an Oncology Diagnosis.		de difficultés cognitives associées au cancer et aux traitements contre le cancer.		des difficultés cognitives à la suite du traitement contre le cancer. En créant un partenariat de collaboration avec le patient, l'ergothérapeute peut mettre l'accent sur une réadaptation individualisée pour résoudre les problèmes de performance occupationnelle au quotidien et les difficultés cognitives. Il développera des stratégies centrées sur le client pour qu'il puisse exécuter l'ensemble de ses activités quotidiennes. De plus, les ergothérapeutes peuvent faciliter une transition en toute sécurité vers le niveau de fonctionnement antérieur en adaptant divers éléments du quotidien ou de l'environnement du patient.
Feasibility, acceptability and potential effectiveness of an occupation-focused cognitive self-management program for breast cancer survivors	Newman, R., Doyle Lyons, K., Coster, WJ., Wong, W., Festa, K. et Y Ko, N. (2019).	Évaluer la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité potentielle d'un programme pour soutenir la performance occupationnelle des survivantes du cancer du sein en milieu urbain vivant avec des difficultés cognitives liées au cancer.	Devis : Devis quasi-expérimental avant-après sans groupe contrôle Participants : 15 femmes ayant des difficultés cognitives à la suite du traitement contre le cancer du sein stade 0-III réparties en trois groupes pour participer au programme. Intervention : Participation au programme occupationnel «Take action» élaboré pour répondre aux besoins de performance occupationnelle. Comprend 6 séances d'une durée de 90 minutes, modalité hybride (individuelle et de groupe). C'est un programme adoptant une approche d'autogestion, mettant l'emphase sur la gestion des facteurs modifiables contribuant aux difficultés cognitives (fatigue, détresse émotionnelle, douleur et sommeil), sur l'enseignement de stratégies compensatoires pour réduire l'impact des difficultés cognitives, des séances de groupe pour la résolution de problème ainsi qu'une planification hebdomadaire pour travailler les difficultés occupationnelles. Outils de mesure : Entrevues individuelles, questionnaires maisons, questionnaire de la Mesure canadienne du rendement occupationnel et Activity Card Sort (ASC), Fonctionnal Assessment of Cancer Therapy- general and cognition (FACT-G et	Les participants rapportent un haut niveau de satisfaction du programme et avoir confiance en leurs habiletés de résolution de problème et d'élaboration d'objectifs. La modalité de groupe permettait de répondre aux besoins individuels de tous. Une amélioration perçue de la performance occupationnelle, de la qualité de vie, de la participation et du bien-être furent observées en plus d'une diminution des impacts des difficultés cognitives, et ce même après 3 mois.

			Fact-Cog) complétées au début-fin et 3 mois après le programme. Analyse données : Statistiques descriptives pour les caractéristiques des participants et statistiques inférentielles pour l'évaluation de l'efficacité du programme.	
Re-defining one's occupational self 2 years after breast cancer: a case study	Newman, R. M. (2013).	Mettre de l'avant le rôle de l'ergothérapeute auprès de personnes ayant des difficultés cognitives	Devis : Étude de cas Intervention : Entrevue suite à la participation au programme Take-Action Outils de mesure : Entrevue Analyse des données : qualitative	L'article souligne la pertinence du rôle de l'ergothérapeute pour favoriser la perception de soi et la redéfinition de son identité occupationnelle à travers des interventions axées sur les occupations significatives auprès de personnes vivant avec des atteintes cognitives à la suite du cancer. L'utilisation d'une approche centrée sur le client encourage la participation de la participante. Il est noté l'importance d'améliorer la connaissance des survivants quant aux changements cognitifs ainsi que les stratégies possibles afin de leur permettre de regagner un sentiment de contrôle sur leur vie et une perception d'efficacité personnelle (confiance en leurs capacités) accrue.
Effect of Community-Based Occupational Therapy on Health-Related Quality of Life and Engagement in Meaningful Activities of Women with Breast Cancer.	Petruseviciene, D., Surmaitiene, D., Baltaduoniene, D. et Lendraitiene, E. (2018).	Évaluer les effets à court terme d'une thérapie occupationnelle communautaire sur la qualité de vie liée à la santé ainsi que sur la participation à des activités significatives chez les femmes atteintes d'un cancer du sein.	Devis : Devis expérimental avant-après avec groupe contrôle Recrutement : 21 femmes âgées de 18 ans et plus ayant le cancer du sein. 10 femmes attirées aléatoirement au groupe expérimental, alors que les 11 autres faisaient partie du groupe contrôle. Intervention : Programme d'une durée de 6 semaines, à raison d'une séance de groupe par semaine. Les deux groupes participaient à leurs activités de la vie quotidienne alors que le groupe expérimental participait à des activités significatives. Le groupe expérimental recevait des séances supplémentaires (4 séances de 90 minutes) en ergothérapie pour réduire les conséquences les plus fréquemment recensées dans la littérature soit au niveau de la fatigue, l'œdème post-chirurgicale et améliorer l'amplitude articulaire. Les séances combinaient des séances d'enseignement (relaxation, gestion douleur, prévention et réduction	Les résultats de l'étude ont montré qu'au début de l'étude, la qualité de vie et les fonctions émotionnelles, cognitives et sociales des femmes étaient altérées. Les participantes ont également soulevé des manifestations plus fortes d'insomnie et étaient préoccupées par leurs perspectives et l'impact financier de la maladie. À la fin du programme d'ergothérapie, les résultats de l'évaluation de la qualité de vie liée aux capacités physiques, la reprise de rôles, les fonctions cognitives et la fatigue se sont améliorés de manière statistiquement significative par rapport au groupe contrôle. Les résultats de cette étude soulèvent que l'ergothérapie améliore significativement l'engagement dans des activités significatives, la qualité de vie, la gestion des émotions en plus de réduire le niveau d'insomnie.

			<p>de symptômes) à des activités ludiques comme le jardinage, le tricot et l'art plastique.</p> <p>Outils de mesure : Quality of life questionnaire EORTC QLQ-C30 et son module EORTC QLQ-BR23</p> <p>Analyse des données : Statistiques descriptives pour les caractéristiques des participants et statistiques inférentielles pour l'évaluation des effets du programme.</p>	
<p>Women's experiences of cognitive changes or 'chemobrain' following treatment for breast cancer: a role for occupational therapy?</p>	<p>Player, L., Mackenzie, L., Willis, K., & Loh, S. Y. (2014).</p>	<p>Décrire les changements cognitifs vécus par des femmes à la suite d'un traitement contre le cancer du sein ainsi que les stratégies utilisées pour diminuer leurs difficultés.</p>	<p>Devis : Étude qualitative phénoménologique</p> <p>Participants : 9 femmes âgées entre 39 et 67 ans de New South Wales ont montré leur intérêt à faire partie de l'étude en répondant dans un premier temps à un questionnaire et dans un deuxième temps en participant à une entrevue.</p> <p>Outils de mesure : Entrevue semi-structurée</p> <p>Analyse des données : Transcription des données des verbatim et analyse des thèmes</p>	<p>6 thèmes ont ressorti de l'analyse des verbatim : l'incertitude quant à l'origine des difficultés cognitives, les impacts persistants mais inconstants sur les fonctions cognitives, fonction simple devenue complexe; perdre son indépendance fonctionnelle dans la vie familiale, les stratégies pour maintenir les fonctions cognitives et la nécessité de reconnaître l'expérience subjective lors du traitement du cancer.</p> <p>L'association du stress et des difficultés cognitives est l'un des principaux débats de la littérature, mais malgré les différences dans les réponses au stress entre les participantes, leur description des difficultés cognitives était très similaire. Cette étude indique que les femmes subissent des changements dans leur vie quotidienne pendant et après le traitement et que ces changements sont peu reconnus par les professionnels de la santé. Les participantes ont mentionné que le processus de traitement du cancer est très rapide et contribue à un manque d'information tout au long du processus de rétablissement, ce qui contribue au sentiment de perte de contrôle personnelle. Il est également perçu par les participantes que le traitement contre le cancer se centre uniquement sur le volet biomédical et très peu sur la gestion de ses effets.</p> <p>Les stratégies utilisées pour améliorer leurs fonctions cognitives ou en réduire les impacts sont les suivantes : prendre des notes, organiser sa</p>

				<p>journée seul ou avec aide, obtenir un soutien émotionnel, faire de l'exercice et/ou de la relaxation, reconnaître ses limites et les situations stressantes, faire des sudokus et participer dans des activités artistiques.</p>
<p>Activity interventions for cognitive problems.</p>	<p>Skidmore, E. R. (2014).</p>	<p>Fournir un aperçu des fondements théoriques reliés aux modalités d'intervention auprès de personnes vivant des difficultés cognitives à la suite d'un traitement contre le cancer en bas âge (enfance, adolescence) en plus de dresser un portrait actuel de l'état des connaissances scientifiques à ce sujet.</p>	<p>Devis : Revue narrative Méthode : Une recension des écrits a été réalisée afin de dresser un portrait des interventions faites à ce jour. Un résumé de ces interventions permet aussi de soulever certaines lacunes, dont le fait que des études supplémentaires sont nécessaires pour pouvoir déterminer l'impact de ces interventions sur les fonctions cognitives ainsi que leurs ingrédients « actifs » clés.</p>	<p>L'article regroupe les interventions en deux catégories :</p> <p><u>Approche «bottom-up»:</u>amélioration des fonctions cognitives grâce à la pratique répétée d'exercices cognitifs. L'amélioration des fonctions cognitives permettra ensuite l'amélioration dans les activités quotidiennes. Exemple d'activités : activités simples comme des recherche et trouve, se rappeler une liste de mots, compléter la séquence, etc.</p> <p><u>Approche «top-down»:</u> L'amélioration des activités de la vie quotidienne et domestique influencera les fonctions cognitives. Cela réfère à des interventions basées sur l'activité, où l'identification des difficultés quotidiennes permet d'établir des objectifs et de mettre en œuvre un plan. Des stratégies métacognitives sont aussi enseignées afin de faciliter le processus d'identification et de résolution des problèmes. Cette approche permettrait de généraliser les apprentissages à d'autres situations.</p> <p>Les deux approches préconisent la pratique répétée d'une tâche motivante et correspondant aux habiletés de la personne. De plus, la découverte guidée, utilisée dans le cadre d'une approche top-down axée sur la recherche de solutions pour la reprise des occupations, permettrait une meilleure intégration des apprentissages.</p>
<p>Coping with cancer-related cognitive dysfunction: a scoping review of the literature.</p>	<p>Sleight, A. (2016).</p>	<p>Décrire les difficultés cognitives associées aux traitements contre le cancer, les facteurs de risque et</p>	<p>Devis : Étude de portée Méthode : Sélection d'articles dans les bases de données en fonction de critères d'inclusion et d'exclusion. Une recension des écrits a ainsi été réalisée afin de dresser un portrait des interventions pertinentes pour les difficultés cognitives associées aux traitements contre le cancer. Un résumé de ces</p>	<p>Les traitements basés sur la TCC et les méthodes d'entraînement neuropsychologique/cognitif peuvent améliorer les symptômes cognitifs. La stratégie d'adaptation la plus fréquemment rapportée est l'utilisation de technologies d'assistance et d'aides compensatoires pour la mémoire. Des recherches</p>

		<p>ses effets sur la participation.</p> <p>Identifier et résumer la littérature sur les interventions en réadaptation et les stratégies pour surmonter les difficultés cognitives.</p>	<p>interventions permet de soulever certaines lacunes, dont le fait que des études supplémentaires sont nécessaires pour pouvoir déterminer les interventions efficaces auprès de cette clientèle</p>	<p>supplémentaires sont nécessaires sur les techniques de réadaptation efficaces pour cette population.</p>
Occupational Therapy and the Cancer Care Continuum: Adjusting Treatment Focuses.	Taylor, S. F. (2018).	<p>1. Décrire comment les services d'ergothérapie devraient être adaptés aux besoins et aux désirs du client.</p> <p>2. Décrire les interventions en ergothérapie approprié en fonction du continuum de soin.</p> <p>3. Reconnaître les effets secondaires physiologiques et psychosociaux liés aux traitements contre le cancer.</p> <p>4. Différencier les ressources offertes en oncologie</p>	<p>Devis : Opinion d'expert Recrutement : N/A Intervention : N/A Outils de mesure : N/A Analyse des données : N/A</p>	<p>L'article mentionne que le fonctionnement et la performance sont des éléments contribuant au choix du traitement à préconiser.</p> <p>L'ergothérapeute joue un rôle important dans l'annonce du diagnostic jusqu'aux soins palliatifs. Ainsi, le rôle diffère tout dépendant où se situe le patient dans son processus de soins.</p> <p>L'ergothérapie pour les personnes atteintes d'un cancer avancé est axée sur la compensation pour faciliter l'engagement dans des activités significatives et atténuer les symptômes tels que la fatigue, l'essoufflement et la douleur. Les interventions doivent inclure une formation sur la manière de réaliser efficacement des activités dans des environnements modifiés, en utilisant les principes de conservation de l'énergie et de simplification des tâches. De plus, l'ergothérapie doit être axée sur la réadaptation, en ayant pour objectif de maximiser les capacités physiques et cognitives en plus de retrouver un niveau similaire des fonctions, d'activités et de rôles antérieurs au cancer, y compris le retour au travail, lorsque possible.</p>
Patient Education Process in Oncologic	Vaartio-Rajalin, H., Huumonen, T., Iire, L.,	<p>Cette étude visait à décrire les procédures utilisées par les</p>	<p>Devis : Descriptif qualitatif Recrutement : 42 professionnels de la santé répartis en 11 groupes Intervention : groupes de discussion</p>	<p>Lors de l'évaluation des attentes en matière de connaissances, des ressources cognitives et de la compréhension des besoins d'un patient atteint d'un cancer, les professionnels de la santé ont d'abord</p>

<p>Context: What, Why, and by Whom?</p>	<p>Jekunen, A., Leino-Kilpi, H., Minn, H., Paloniemi, J. (2015)</p>	<p>professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge du cancer lors de l'évaluation des attentes en matière de connaissances, des ressources cognitives et de la compréhension des patients. La collaboration intraprofessionnelle et interprofessionnelle concernant le processus d'éducation des patients est décrite.</p>	<p>Outils de mesure : journal des entretiens Analyse des données : Analyse quantitative pour la présentation de l'échantillon et qualitative inductive pour les entretiens.</p>	<p>appliqué des méthodes d'évaluation objectives, puis ont utilisé le dialogue avec le patient. Aucun instrument validé n'a été utilisé par les deux groupes. Chez les infirmières, le contenu éducatif était basé sur les problèmes possibles ou réels du patient dans la vie quotidienne pendant la prise en charge du cancer, tandis que les médecins se concentraient sur les droits du patient à l'information et au consentement éclairé pour le traitement. Le processus d'éducation du patient était souvent incomplètement documenté dans les dossiers des patients et n'était pas toujours utilisé de manière interprofessionnelle ou entre les unités de soins. Dans les services d'oncologie, il existe un écart entre l'utilisation des données de recherche et le processus d'éducation du patient.</p>
---	---	---	---	---