

INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE
LORRAINE CHAMPAGNE-ARDENNE



**La méditation de pleine conscience en ergothérapie
chez les patients atteints de cancer**

Mémoire d'initiation à la recherche

Sophie GRAFF

Juin 2021

REMERCIEMENTS

Mes remerciements à toutes les personnes investies dans ce travail de fin d'étude :

- *À Madame Muriel LAUNOIS, ma maître de mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils et sa bienveillance,*
- *À Madame Marie-Pierre VANEL, ma référente pédagogique, pour son encadrement, son accompagnement pour ce mémoire et tout au long de ses trois années d'ergothérapie,*
- *À mes parents pour leurs conseils, leurs écoutes, nos échanges d'idées, et surtout leurs encouragements tout au long de la réalisation de mon mémoire,*
- *Et à toutes les personnes qui m'ont aidée dans la réalisation de celui-ci.*

Mes remerciements également aux personnes qui m'ont soutenue et encouragée depuis le début de ces études :

- *À mes parents et ma famille pour leur soutien, leur encouragement durant toute ma scolarité, et à chaque instant,*
- *À l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie Lorraine-Champagne-Ardenne, pour leurs aides, et leurs conseils,*
- *À mes camarades de promotion, et mes amis pour ces trois belles années ensemble.*

Un grand merci !

SOMMAIRE

INTRODUCTION :	1
PARTIE THÉORIQUE.....	3
I. Le cancer	3
A. Définition	3
B. Facteurs de risques	4
1. Facteurs de risques externes.....	4
2. Facteurs de risques internes	5
C. Épidémiologie	6
D. Répercussions du cancer	6
1. Répercussions physiques	6
2. Répercussions psychiques.....	7
a) Douleur	7
b) Fatigue.....	7
c) Stress/anxiété/dépression	8
d) Émotions	9
3. Perte de l'équilibre occupationnel	11
II. Une prise en soin pluridisciplinaire	11
A. Définition	11
B. Les intervenants	12
C. L'ergothérapeute	13
1. Définition de l'ergothérapie	13
2. Législation.....	13
3. L'ergothérapeute auprès des patients atteints de cancer	14
4. Qualité de vie	15
a) Histoire et définition	15
b) Impact du cancer sur la qualité de vie.....	18
c) Un objectif ergothérapique	18
III. La méditation	19
A. Origine	19

B.	Définition	20
C.	Différents types de méditation	21
1.	Méditation de concentration (Samatha)	21
2.	Méditation de l'attention (Vipassana)	21
D.	La pleine conscience	22
1.	Définition	22
2.	Les pratiques	23
3.	Les programmes basés sur la pleine conscience	23
a)	Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT).....	23
b)	Thérapie de réduction du stress basée sur la pleine conscience (MBSR)	24
c)	Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT)	24
d)	Thérapie de récupération du cancer basée sur la pleine conscience (MBCR)	24
4.	Les effets de la pleine conscience	25
a)	Effets sur la santé mentale	25
b)	Effets sur la santé physique.....	26
c)	Effets sur les relations	27
5.	L'utilisation de la pleine conscience par l'ergothérapeute	27
IV.	Élaboration de la question de recherche et hypothèses	29
	PARTIE EXPLORATOIRE	30
V.	Méthodologie de la recherche	30
A.	Présentation de l'enquête	30
1.	Outil d'investigation	30
2.	Critères de sélection de la population	30
3.	Méthode de prise de contact	31
VI.	La grille d'analyse.....	32
A.	Définition et méthodologie	32
B.	La construction de l'outil	32
1.	Les thématiques et indicateurs	32
2.	Explication des indicateurs	33
VII.	Le guide d'entretien	37

A.	Définition et méthodologie	37
B.	La construction de l’outil de recueil d’information	37
1.	Début de l’entretien.....	37
2.	Les questions de l’entretien et leurs justifications	38
C.	Validation de la méthode d’investigation	44
D.	Discussion	45
1.	Axe d’amélioration	45
a)	Les perspectives professionnelles	45
b)	Les préconisations.....	46
2.	Analyse réflexive	49
VIII.	Conclusion	53
	BIBLIOGRAPHIE	54
	LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES.....	59
	TABLE DES ILLUSTRATIONS	60
	TABLE DES ANNEXES	61

INTRODUCTION :

Le cancer est une pathologie dont l'incidence augmente chaque année au sein de la population. Cette pathologie relève d'un vaste domaine, regroupant une multitude de maladies différentes. Le point commun de ces maladies est leur apparition : un développement anarchique de cellules anormales. Nous pouvons avoir cette pathologie à tout âge de notre vie, tant dans notre enfance, que dans notre vie adulte. Chaque organe de notre corps peut être atteint. Différents symptômes interviennent dans ces maladies, que ce soit avant l'annonce du diagnostic, pendant la phase des traitements et/ou en post cancer.

Auparavant, le cancer était une pathologie dont nous ne pouvions parler librement. Il était considéré comme l'une des peurs du XXème siècle. Un silence était présent quant à cette maladie, par crainte de celle-ci, de ses répercussions sur notre corps, sur notre image véhiculée au sein de la population. Des informations souvent erronées voyaient le jour comme par exemple l'idée d'une contagion. Les patients n'en parlaient pas et souvent s'isolaient. Une absence de participation sociale pouvait apparaître et pouvait entraîner un déséquilibre de vie. Au fil des années, de l'évolution de notre société et des nombreuses recherches scientifiques, nous avons assisté à la démocratisation de l'information par rapport aux cancers. Évoqués dans les médias, les sites internet, les livres, les témoignages et autres supports, ils ont permis d'amener un changement de regard sur cette pathologie, mise de côté. Dans les années 1920, apparaissaient les premières campagnes de sensibilisation au dépistage du cancer. Elles se sont largement développées de la fin du XXème siècle à nos jours (Darmon, 1988). Ces campagnes de dépistage ont pu être organisées afin que nous puissions avoir un contrôle régulier de notre état de santé, voire prévenir l'apparition de cette maladie.

Une journée mondiale, organisée par l'Union Internationale Contre le Cancer, illustre cette démocratisation dans le monde entier. Le 4 février de chaque année, une campagne de sensibilisation est élaborée pour toucher le plus grand nombre d'entre nous. En 2020, l'association met en exergue les bienfaits de l'activité physique auprès des patients atteints de cancer. Ces journées favorisent l'apparition d'un mouvement solidaire au sein de la population.

Par l'accompagnement de proches, nos lectures et notre curiosité personnelle, nous nous sommes rendu compte de l'importance de la transmission de l'information concernant cette pathologie, des différentes répercussions possibles du cancer, tant sur le plan physique que psychique et de la diminution de la qualité de vie chez ces personnes. Parallèlement à cela, nous n'avons pas vu de prise en soin en ergothérapie, de patients présentant cette pathologie, lors de

nos stages. Nous nous sommes alors questionnés concernant notre future pratique d'ergothérapeute notamment s'il était possible de travailler auprès de ces patients. Nos deux questions de départ illustrant nos recherches sont les suivantes : **« L'ergothérapeute peut-il avoir un rôle auprès des patients atteints de cancer ? Son intervention peut-elle avoir un impact sur la qualité de vie de ces patients ? »**

Ces deux questions globales peuvent amener à de nombreuses réponses, très différentes l'une de l'autre. À l'instar de nos recherches sur la pathologie, nous nous sommes informés sur les différents types de méditations existantes, trouvés lors de nos lectures personnelles car nous étions intrigués par ces pratiques, sans connaissance du fonctionnement et des aboutissants possibles des méditations. Après de nombreuses recherches et questionnements, nous avons fini par cibler notre sujet sur une intervention telle que la pratique méditative en ergothérapie pour l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de cancer. En effet, la méditation prend de plus en plus d'ampleur dans notre société actuelle. Nombreuses sont les techniques utilisées (respiration, yoga, relaxation...), avec de nombreux objectifs qui en découlent. La crise sanitaire de 2020 liée à la Covid-19 a eu un rôle majeur sur l'utilisation de la pratique méditative. Les soignants en témoignent dans un reportage de France Bleu Bourgogne. En effet, ils ont utilisé cette pratique pour diminuer le stress, l'anxiété, pour se recentrer sur soi, et se libérer des « mauvaises ondes » (actualités, mauvaises nouvelles...) (Sophie Allemand, 2020). La population l'utilise ainsi pour se sentir mieux physiquement, et mentalement, dans le but d'une potentielle amélioration de leur qualité de vie. Malgré l'essor de cette pratique, la méditation reste actuellement encore très vague pour beaucoup d'entre nous. Cette pratique soulève alors de nombreux questionnements, et interpellations. Ces questionnements ont permis au fur et à mesure de développer les recherches concernant les effets de cette pratique. Les ressources scientifiques voient alors le jour et nous éclairent sur la méditation, ses différentes techniques et bienfaits physiques et psychiques. La pratique que nous avons choisie en particulier est la méditation de pleine conscience. En ergothérapie, le professionnel paramédical recherche en permanence à retrouver une meilleure qualité de vie pour son patient, que ce soit à court terme, moyen terme ou long terme. Ergothérapie et méditation de pleine conscience possèdent un objectif commun : l'amélioration de la qualité de vie. C'est pourquoi, nous avons fini par faire un lien entre le cancer, la méditation de pleine conscience et l'ergothérapie.

Dans un premier temps, nous évoquerons nos informations théoriques, mettant en lumière nos contextes (le domaine de l'oncologie, le rôle de l'ergothérapeute, et les répercussions du cancer) ainsi que nos concepts (la méditation de pleine conscience, la qualité

de vie et l'équilibre occupationnel). Ces différents éléments nous permettront d'établir notre question de recherche et nos hypothèses. Dans un second temps, nous mettrons en exergue la méthode exploratoire choisie, les résultats et les préconisations possibles.

PARTIE THÉORIQUE

I. Le cancer

A. Définition

Le cancer est une pathologie découverte depuis d'innombrables années. Étymologiquement, le terme « cancer » signifie « crabe » en latin¹. Cette traduction provient d'un médecin grec, philosophe, nommé Hippocrate. Cette comparaison est liée au fait d'une ressemblance entre le développement d'une tumeur du sein s'étendant sur la peau et l'aspect de l'animal avec ses pinces. L'analogie décrit la forme que peut prendre cette pathologie².

Le cancer est un terme général, qui englobe de nombreux sous-groupes. Il regroupe différents types de cancers selon leur localisation dans le corps humain. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ce terme est « un terme général appliqué à un grand groupe de maladies qui peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme ». Chaque cancer est unique, pourtant ils ont tous une similitude : leur mode d'apparition. En effet, le cancer est une maladie provoquée par la transformation de cellules qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive³.

La Fondation Arc pour la recherche sur le cancer nous explique le fonctionnement de cette pathologie. Notre corps est constitué de milliards de cellules. Ces cellules vont former un tissu, qui par leur assemblage deviennent un organe. Tout au long de notre vie, nos cellules empruntent des chemins différents. Certaines d'entre-elles vont effectuer une division

¹ Centre Paul Strauss – Histoire et définition

² Centre Paul Strauss – Histoire et définition

³ Institut National du Cancer

cellulaire, afin de se multiplier, quant aux autres, elles mourront par le biais de l'apoptose cellulaire. Ces deux mécanismes sont indispensables pour permettre la bonne régénération de nos cellules et présenter un bon fonctionnement de notre organisme. Il est possible que des anomalies puissent apparaître lors de ces deux mécanismes. Ces anomalies se font au sein de certains gènes provoquant ainsi des mutations. Un système de réparation des cellules est présent et répare sans conséquence ces anomalies. Malheureusement, lors d'un trop grand nombre d'anomalies, ce système peut être défaillant et la réparation ne sera pas optimale. La multiplication de cellules anormales ne sera pas stoppée, deviendra incontrôlable et formera ainsi la tumeur maligne. Ces cellules, multipliées, vont coloniser les tissus sains, pouvant ainsi atteindre d'autres organes en passant par le réseau sanguin et/ou lymphatique. Nous les appelons les métastases⁴. Le cancer peut alors se développer tout au long de la vie, selon plusieurs facteurs (Fondation ARC, 2020).

B. Facteurs de risques

Deux types de facteurs existent : les facteurs de risques externes et internes. Ils peuvent tous deux provoquer la survenue d'un cancer.

1. Facteurs de risques externes

Les facteurs de risques dits « externes » sont les éléments que nous pouvons rencontrer dans notre mode de vie et notre environnement. Le facteur de risque le plus important, avec 19,8 % des cancers, est la consommation de tabac⁵ (cf. Figure 1). La majorité des facteurs de risques externes peuvent être évités afin de prévenir, voire réduire l'apparition de cette pathologie.

⁴ Fondation arc pour la recherche sur le cancer – Brochure Les cancers du sein, p. 4,5,6

⁵ Institut National du Cancer

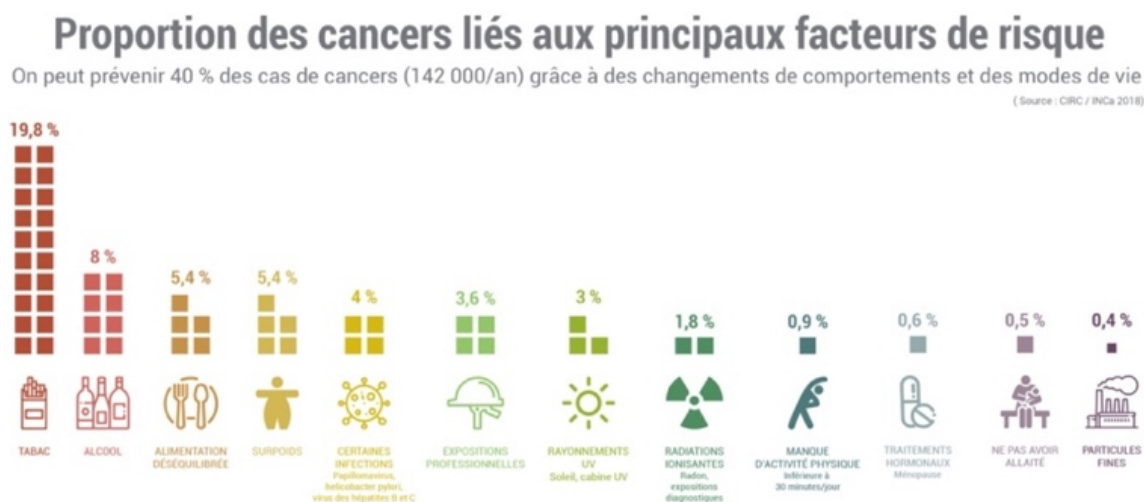


Figure 1 : Proportion des cancers liés aux principaux facteurs de risques, Institut National du Cancer, 2021

D'autres facteurs de risques externes peuvent intervenir notamment par la transmission de virus et de bactéries. Le cancer du col de l'utérus est provoqué exclusivement par une infection d'un virus de la famille des papillomavirus⁶. Quant aux bactéries, l'infection par *Helicobacter pylori* peut amener à un risque de cancer gastrique⁷.

2. Facteurs de risques internes

L'âge est un des facteurs de risques internes intervenant dans cette pathologie. En effet, les risques de développer cette pathologie s'accroissent en vieillissant. L'hérédité est également un facteur à prendre en compte, avec un risque sur deux de transmettre le cancer à ses enfants, d'après l'Institut National du Cancer (InCa).

⁶ Institut Pasteur

⁷ Fondation arc pour la recherche sur le cancer.

C. Épidémiologie

Le cancer touche plus de 382 000 personnes chaque année en France⁸. Actuellement, il est la deuxième cause de décès dans le monde, avec l'estimation d'un cas sur six, qui décède suite à cette pathologie⁹. Depuis quelques années, l'incidence des cancers chez la femme ne cesse d'augmenter, à contrario des hommes, où peu d'évolution est notable concernant le nombre de nouveaux cas de cancer¹⁰. De plus, cette pathologie présente un plus fort taux de décès dans les pays à faible revenu, ou revenu intermédiaire, notamment en lien avec l'aspect socio-économique de chaque pays et leur contribution à des politiques de lutte contre le cancer¹¹.

D. Répercussions du cancer

1. Répercussions physiques

Le cancer est une pathologie pouvant entraîner des conséquences physiques sur l'ensemble de notre corps. Ces conséquences peuvent être temporaires, ou peuvent être définitives, d'après la Ligue contre le cancer. Ces modifications peuvent survenir à la suite d'un traitement pour combattre la maladie. La Ligue contre le cancer évoque les principaux changements physiques temporaires comme la perte de cheveux, des cils et sourcils, un changement de poids, ou une fragilisation de la peau. Les changements définitifs sont également évoqués avec la perte d'un membre, ou d'une partie de notre corps. Ces répercussions physiques peuvent amener à des conséquences psychiques et altérer la santé mentale du patient.

⁸ Santé publique France (SPF), 2019

⁹ Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

¹⁰ SPF, 2019

¹¹ OMS

2. Répercussions psychiques

a) Douleur

D'après l'Association internationale pour l'étude de la douleur, celle-ci est définie comme étant « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes ». La douleur peut être une conséquence du cancer, mais ne l'est pas systématiquement pour tous. Environ 50 % des patients atteints de cancer présentent des douleurs en cours de traitement et 90 % dans l'ensemble de leur prise en soin (Goudas et al., 2005). La douleur est propre à chacun et se base sur nos propres ressentis. Chacun d'entre nous possède un seuil de douleur. Cette douleur, incluse dans notre système de défense de l'organisme, peut produire différents effets : une sensation physique, une émotion, un comportement, une réaction mentale¹². Ces douleurs peuvent être aiguës ou chroniques. Les douleurs sont aiguës lorsqu'elles sont intenses et brèves¹³. Quant aux douleurs chroniques, elles sont définies lorsque « leur topographie et leur intensité, persistent ou sont récurrentes au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répondent insuffisamment au traitement, ou entraînent une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient »¹⁴ (HAS, 2008). Les causes de ces douleurs lors du cancer, peuvent être liées à la tumeur, aux différents traitements et aux soins de suivi¹⁵.

b) Fatigue

La fatigue est un symptôme souvent retrouvé lors de cette pathologie, avant même l'annonce du diagnostic. L'Institut National du Cancer la définit comme une « difficulté à

¹² Institut National du Cancer – La douleur, c'est quoi ?

¹³ Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)

¹⁴ Haute Autorité de Santé – douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient, 2008

¹⁵ Guide d'information pour les personnes malades et leurs proches - douleur et cancer : prévenir et soulager la douleur tout au long de la maladie, Institut National du cancer, p. 22

effectuer des efforts physiques et maintenir une activité intellectuelle ». D'après des données épidémiologiques de l'Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS), environ 80 % des personnes atteintes de cancer ressentent de la fatigue dans leur quotidien. La fatigue peut être intensifiée avec la présence des traitements pour combattre la maladie. Cependant, elle n'en dépend pas exclusivement et ne dépend pas forcément de la gravité de celle-ci (Rosman, 2004). La fatigue va donc avoir un effet sur le corps, mais aussi sur l'aspect psychique de la personne. La bonne perception du traitement aiderait le patient à une meilleure acceptation de la fatigue, à l'inverse, si le traitement est mal vécu, la fatigue serait ressentie comme plus néfaste (Rosman, 2004).

c) Stress/anxiété/dépression

L'état de stress aigu ou « stress » en langage courant, est, d'après la 5^{ème} édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V), un « ensemble de symptômes caractéristiques qui peut se développer en réaction à l'exposition à un ou des événement(s) traumatique(s) ». Cet état de stress aigu peut avoir une durée allant de trois jours à un mois après le traumatisme vécu (DSM-V, 2013). Linda E. Carlson, & al évoquent sa provenance : « le stress provient de l'intérieur de vous, de cette partie qui en vous décide si oui ou non une situation est un problème » (Carlson & Speca, 2015). Le stress peut apporter des réactions tant sur le plan physiologique, que psychologique (Fischer et al., 2020). Ainsi, le stress prolongé dans le temps peut alors devenir pathologique et avoir un réel impact sur l'aspect psychologique de la personne. L'anxiété se manifeste très souvent chez les patients atteints de cancer. Par exemple, celle-ci peut devenir pathologique lorsqu'elle est trop intense. Nous parlerons ainsi de troubles anxieux généralisés. D'après le DSM-V, les troubles anxieux généralisés sont « une anxiété et une inquiétude excessives (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois et concernant un certain nombre d'évènements ou d'activités » (DSM-V, 2015). Différents types de troubles anxieux existent et peuvent être classifiés par durée (cf. Tableau I). Les conséquences peuvent être nombreuses tant sur le plan physique, que psychique.

Tableau I. Diagnostic et clinique en pratique oncologique – Référentiels en soins
oncologiques de support – AFSOS, 2018

Selon la durée on distingue :	Diagnostic	Moment typique de survenue
ANXIÉTÉ AIGUË (quelques minutes à quelques heures)	Crise d'angoisse réactionnelle	Moments transitoires spécifiques : diagnostic, examens et consultations de surveillance (crainte de mauvais résultats), récidive, métastases, chirurgie, instauration d'un nouveau traitement
	Crise d'angoisse situationnelle (qui peut s'inscrire dans un trouble anxieux) (ex : claustrophobie)	
	Attaque de panique	
ANXIÉTÉ SUBAIGUË (quelques heures à quelques semaines)	Réaction anxieuse simple	Elle peut persister 7 à 10 jours après une mauvaise nouvelle
	Trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse ou mixte	Caractéristique des périodes de rémission, peur de la récurrence (syndrome de Damoclès)
	Anxiété cosymptôme d'un syndrome dépressif	/
ANXIÉTÉ CHRONIQUE (>6 mois)	Anxiété généralisée	/
	Trouble panique	/
	TOC	/
	PTSD	/

Quant à la dépression, elle touche plus d'un tiers des patients souffrant de cancer (Stagno et al., 2005). D'après l'OMS, la dépression est un « trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration ». Les nombreux traitements qui existent pour combattre le cancer et la maladie elle-même peuvent être la cause de cette dépression¹⁶.

d) Émotions

D'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), une émotion est « une conduite réactive, réflexe, involontaire vécue simultanément au niveau du corps d'une manière plus ou moins violente et affectivement sur le mode du plaisir ou de la douleur ». Il existe six émotions de base, fondamentales : la peur, la colère, la tristesse, la joie, la surprise et le dégoût. L'émotion peut être assimilée à une vague, qui monte et redescend (Couzon, 2020). Le cancer est une pathologie où l'aspect émotionnel est important à prendre

¹⁶ Société Canadienne du cancer – Vos émotions et le cancer

en compte. D'après le guide d'information à l'usage des personnes malades et de leurs proches, de l'Institut National du Cancer, différentes émotions sont rencontrées au cours de la maladie notamment lors de cinq moments clés de la vie du patient : l'annonce de la maladie, les traitements, l'intervalle de ces traitements, la fin de ceux-ci et le post traitement¹⁷. De nombreux ressentis affectent les émotions du patient. La première sensation fréquemment ressentie par le patient est la sidération. La sidération est le fait de n'entendre qu'une petite partie du discours du médecin lors de l'annonce du diagnostic¹⁸. Le déni peut également apparaître lors de l'annonce d'un diagnostic, avec la difficulté d'intégrer les informations transmises¹⁹. Ces ressentis vont faire intervenir la peur, la colère et la tristesse, faisant parties des six émotions primaires. D'après le CNRTL, la peur est définie comme :

État affectif plus ou moins durable, pouvant débiter par un choc émotif, fait d'appréhension (pouvant aller jusqu'à l'angoisse) et de trouble (pouvant se manifester physiquement par la pâleur, le tremblement, la paralysie, une activité désordonnée notamment), qui accompagne la prise de conscience ou la représentation d'une menace ou d'un danger réel ou imaginaire. (CNRTL)

La peur est une émotion tout à fait normale à la suite de l'annonce de cette pathologie, avec de nombreux questionnements qui en découlent. La peur de mourir est souvent évoquée et est une de nos plus grandes craintes²⁰. La colère et la tristesse sont elles aussi normales à ressentir après l'annonce du risque vital pour la personne. Chaque personne est différente. Elle ressent donc diverses sensations et émotions. Les émotions accompagnent le patient tout au long de son parcours, de l'annonce du diagnostic à la fin de ses traitements. D'après la Société canadienne du cancer, « plusieurs comparent alors leur état émotionnel à des montagnes russes »²¹. La gestion des émotions est alors un point clé nous permettant d'avoir un équilibre de vie. Cet équilibre de vie est recherché dans les professions de santé dont l'ergothérapie.

¹⁷ Guide d'information à l'usage des personnes malades et de leurs proches – vivre avec et pendant un cancer, de l'InCa, p.6, 2005

¹⁸ Haute Autorité de Santé – Annoncer une mauvaise nouvelle – p. 5

¹⁹ Guide d'information à l'usage des personnes malades et de leurs proches – vivre avec et pendant un cancer, de l'InCa, p.7, 2005

²⁰ Fondation contre le cancer – la peur

²¹ Société canadienne du cancer – Vos émotions et le cancer

3. Perte de l'équilibre occupationnel

Nombreux sont les concepts qui existent et voient le jour en ergothérapie. La définition de ces concepts repose sur une association s'intitulant ENOTHE (*European Network of Occupational Therapy in Higher Education*), créée en 1995. Ce projet va définir les termes en lien avec l'ergothérapie, les traduire et proposer leur cadre conceptuel (Meyer, 2013). Certains termes font leur apparition, sans consensus pour leur définition. Le concept **d'équilibre occupationnel** en fait partie. Il avait déjà été évoqué en 1922, par Meyer notamment en le liant aux occupations (Wilcock et al., 1997). À ce jour, il est de plus en plus évoqué par les ergothérapeutes. Plusieurs auteurs évoquent qu'il n'existe pas de définition propre à ce terme (Albany et al., 2010). En effet, ce concept se base sur un équilibre satisfaisant dans les différents domaines de l'occupation : les soins personnels, la productivité et les loisirs (Backman, 2004). Cet équilibre est exprimé par le fait de trouver une « juste quantité d'occupations » dans la vie quotidienne de la personne (Wagman et al., 2015). D'autres auteurs voient ce concept comme le fait de gérer sa vie, ses activités d'une manière satisfaisante, afin de trouver l'équilibre qui leur convient (Reed & Sanderson, 1999). Cet équilibre dépend de la personne et de son ressenti, des occupations qui ont un sens pour elle. Lorsque les patients développent un cancer, nombreuses sont les occupations remises en question. Les répercussions physiques et psychiques du cancer vont bouleverser le quotidien de la personne, pouvant potentiellement amener à une perte de l'équilibre de ses occupations. C'est pourquoi, le patient sera accompagné par plusieurs professionnels, afin d'être suivi pour sa maladie, les répercussions de celle-ci et ainsi réussir à retrouver un équilibre.

II. Une prise en soin pluridisciplinaire

A. Définition

André Bourguignon nous propose une définition de la pluridisciplinarité comme étant une association de plusieurs disciplines afin « d'étudier un objet commun dont aucune ne peut observer tous les aspects avec les seules techniques dont elle dispose » (Bourguignon, 1997). La pluridisciplinarité peut être considérée comme un **partenariat** (Sanson, 2006). D'après

Jean-Yves Barreyre, ce partenariat est un ensemble des professionnels qui se réunissent. Ces intervenants vont aller ensemble vers un même objectif. Ces objectifs seront en lien avec un problème existant ayant soit un intérêt, une responsabilité, une motivation ou une obligation (Barreyre, 1995). Pour les patients atteints de cancer, la pluridisciplinarité est mise en œuvre avec la présence de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) tout au long des traitements. Les RCP sont définies comme « un lieu de discussion diagnostique et thérapeutique » de la circulaire HOS 2005/101, du 22 février 2005 (Laval et al., 2008). Ces réunions vont permettre d'analyser le dossier du patient pour avoir la meilleure prise en charge possible. Elles étaient l'un des objectifs du plan cancer 2003, afin que tous les patients atteints de cancer puissent bénéficier de ces réunions²². Ces réunions sont régies dans le Code de la santé publique, notamment par l'article R. 6123-88.

B. Les intervenants

Tout au long de sa prise en soin, le patient va être accompagné par différents professionnels. D'après l'AFSOS, nous pouvons distinguer les professionnels de santé dits « habituels » et les professionnels de recours. Les professionnels habituels sont en première ligne et agissent directement sur la maladie, avec des traitements médicamenteux adéquats décidés par le médecin oncologue. Les infirmier(e)s sont également des professionnels habituels de par leurs interventions pour les soins et le suivi à l'hôpital. D'autres médecins gravitent autour du patient, comme le médecin généraliste et autres spécialistes. Pour les professionnels de recours, ce sont des professionnels paramédicaux, pouvant être kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, diététiciens, et autres qui interviendront selon les déficiences, les incapacités, les limitations du patient afin d'améliorer leur qualité de vie (AFSOS). L'intervention d'une assistante sociale permettra au patient et à ses proches, d'être guidés tout au long de la prise en charge et d'éventuelles démarches à effectuer (InCa).

²² HAS – RCP

C. L'ergothérapeute

1. Définition de l'ergothérapie

L'ergothérapeute est un professionnel de santé intervenant dans le domaine paramédical. Il fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé (Référentiel d'activités, ANFE, 2019). Il met à profit ses 10 compétences afin « de maintenir, de restaurer, et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace » (ANFE, 2019).

L'ergothérapeute se base sur une **approche globale du patient**. Il va l'accompagner selon son projet de vie. Il utilise les activités signifiantes, ayant du sens pour le patient et les activités significatives, ayant du sens pour ce qui l'entoure, son environnement social afin d'effectuer les thérapies. Ce professionnel travaille sur plusieurs aspects de la personne : les capacités motrices, sensorielles, cognitives et psychiques (ANFE, 2019). Les interventions de prévention, d'éducation thérapeutique, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale sont les différents champs d'actions que l'ergothérapeute peut rencontrer. Son domaine d'intervention est vaste : secteur sanitaire, social et médico-social. Ainsi, l'ergothérapeute est amené à collaborer avec de nombreux professionnels dans sa pratique.

2. Législation

L'ergothérapeute est un professionnel formé pendant une durée de trois ans afin d'obtenir un diplôme d'État. La profession est réglementée par le Code de la santé publique (Partie législative – Quatrième partie – Livre III - titre III) ainsi que par un référentiel d'activités et de compétences. Ses compétences sont au nombre de 10. Ce référentiel de compétences provient d'un arrêté du 05 juillet 2010. Cet arrêté a renouvelé le programme de 1990 afin de définir la profession, ses compétences, ses champs d'intervention et activités en ergothérapie (Hernandez, 2010).

En novembre 2019 a eu lieu l'élaboration des règles professionnelles des ergothérapeutes. Ces règles indiquent le cadre de travail de l'ergothérapeute afin qu'il soit inscrit dans une profession à champ de la Santé (ANFE, 2019). L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) affirme que les objectifs de ces règles sont d'identifier les pratiques bienfaisantes et bienveillantes dans l'exercice de la profession (ANFE, 2019).

3. L'ergothérapeute auprès des patients atteints de cancer

Nombreuses sont les compétences mises en jeu par l'ergothérapeute, auprès des patients atteints de cancer. Le portfolio de l'étudiant en ergothérapie comporte ces compétences (Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2014). Fanny Soum Pouyalet & al nous affirment que :

l'ergothérapie s'appuie sur une prise en charge globale de la personne particulièrement adaptée dans le contexte plurifactoriel de l'expérience du cancer qui implique une prise en compte de la dimension sociale, économique, organisationnelle, individuelle, familiale, technique, ainsi que celle des évolutions techno-scientifiques (Soum-Pouyalet et al., 2018).

L'évaluation de l'ergothérapeute est une des compétences indispensables pour une prise en charge globale du patient, reprenant les composantes du mode de vie de la personne, les effets de la maladie sur les tâches fonctionnelles et les priorités de la personne dans sa réadaptation (Penfold, 1996). Ces évaluations vont permettre aux professionnels d'observer les situations de handicap du patient, ses besoins, afin de proposer des objectifs et des actions de soins adéquates (Kalfat & Gonzalez, 2006).

Concevoir et conduire un projet d'intervention est également une compétence à mettre en œuvre avec des patients atteints de cancer. En effet, le thérapeute analyse les situations de handicap du patient et fait évoluer son projet d'intervention. Pour cela, il utilise un modèle conceptuel, de son choix, qu'il applique pour son projet. Dans son projet, il inclut les **activités de soins, de rééducation, de réadaptation et/ou de réhabilitation psycho-sociale** afin d'aider le patient à retrouver son autonomie et son indépendance dans sa vie quotidienne (Référentiel d'activités, ANFE, 2019). Les traitements contre le cancer peuvent avoir des répercussions physiques, psychiques, altérer la qualité de vie des patients, ainsi que leur participation sociale

et occupationnelle. C'est pourquoi, l'ergothérapeute met en œuvre des objectifs centrés sur la personne.

De plus, il peut intervenir dans **l'environnement du patient** que ce soit l'environnement architectural, mais aussi humain. Il peut être amené à effectuer des aménagements de logement pour faciliter le retour à domicile de la personne. Les aménagements de poste de travail peuvent également être effectués. En effet, suite aux traitements des patients, les capacités de travail peuvent être modifiées (fatigue, diminution physique...), l'ergothérapeute peut participer à ces actions²³. De même, certains patients peuvent nécessiter d'aides techniques ou d'orthèses pour faciliter leur quotidien. Le référentiel des ergothérapeutes stipule notre rôle afin de « concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique » (ANFE, 2019).

Des démarches **d'éducation et de conseil** peuvent avoir lieu auprès des patients atteints de cancer. En effet, depuis l'apparition récente du plan cancer, les Agences Régionales de Santé ont décidé de développer les démarches d'éducation thérapeutique du patient (HAS, évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques, 2018).

Son rôle est également de **coopérer avec les divers intervenants** qui gravitent autour du patient afin d'avoir une **prise en soin adaptée** pour celui-ci. Cette coopération lui permet d'organiser ses activités et faire évoluer sa pratique et les objectifs du patient (ANFE, 2019). Cette coopération au sein de l'équipe a pour objectif l'amélioration de l'état de santé du patient et l'amener vers une meilleure qualité de vie.

4. Qualité de vie

a) Histoire et définition

La qualité de vie est un concept en plein essor depuis une vingtaine d'années en France. Elle peut être utilisée dans différents domaines. Nous nous baserons sur la qualité de vie dans le domaine de la santé. Ce terme existe depuis les années 50 et s'est développé d'abord aux

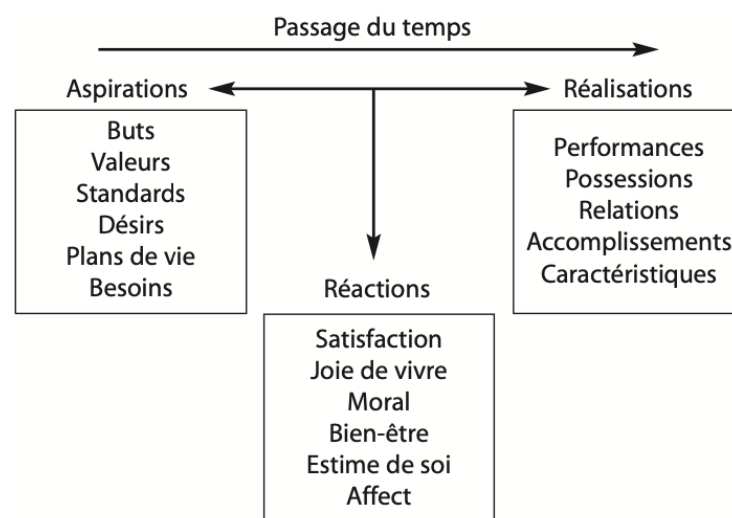
²³ Fondation ARC – Brochure Le retour au travail après un cancer

États-Unis. Il s'est ensuite démocratisé dans notre pays vers les années 1960. Le terme « qualité de vie » a pris son sens à la suite des évaluations des soins de santé (Montreuil et al., 2009).

D'après l'OMS (1993), la qualité de vie est définie comme :

La façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent et en relation avec leurs buts, attentes, normes et préoccupations. Il s'agit d'un concept large, qui incorpore de façon complexe la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses convictions personnelles et sa relation avec des éléments importants de l'environnement (OMS,1993).

La qualité de vie est souvent perçue comme le fait de se sentir bien dans différents aspects de la vie notamment physiquement, mentalement et socialement par exemple. Calman, en 1984, décrit également ce qu'est la qualité de vie selon lui. Il ajoute une notion de temps, complétant les aspects cognitifs, subjectifs et émotionnels qu'elle procure (Calman, 1984). (Cf. Figure 2)



Traduit de : Dijkers, M. (1997). Measuring quality of life. In M.J. Fuhrer (Ed.), *Assessing medical rehabilitation practices. The promise of outcomes research* (pp.169). Baltimore; Paul H. Brookes Publishing.

Figure 2 : Définition de la qualité de vie, Calman, 1984

La qualité de vie représente donc les **expériences vécues** par le patient. Lors d'un cancer, elle inclut l'ensemble des symptômes présents, ainsi que le ressenti face à la maladie et ses différentes conséquences.

La qualité de vie est une **donnée subjective** dont chaque individu a sa propre notion. Michèle Montreuil & al nous démontrent les différents indicateurs présents pour avoir une qualité de vie satisfaisante, tout en s'inspirant des écrits de Nordenfelts en 1994 (cf. Figure 3). Selon eux, la qualité de vie est composée du bonheur, du bien-être qu'il soit subjectif, et/ou matériel, du fait d'avoir une « bonne » santé physique et mentale (Montreuil et al., 2009).

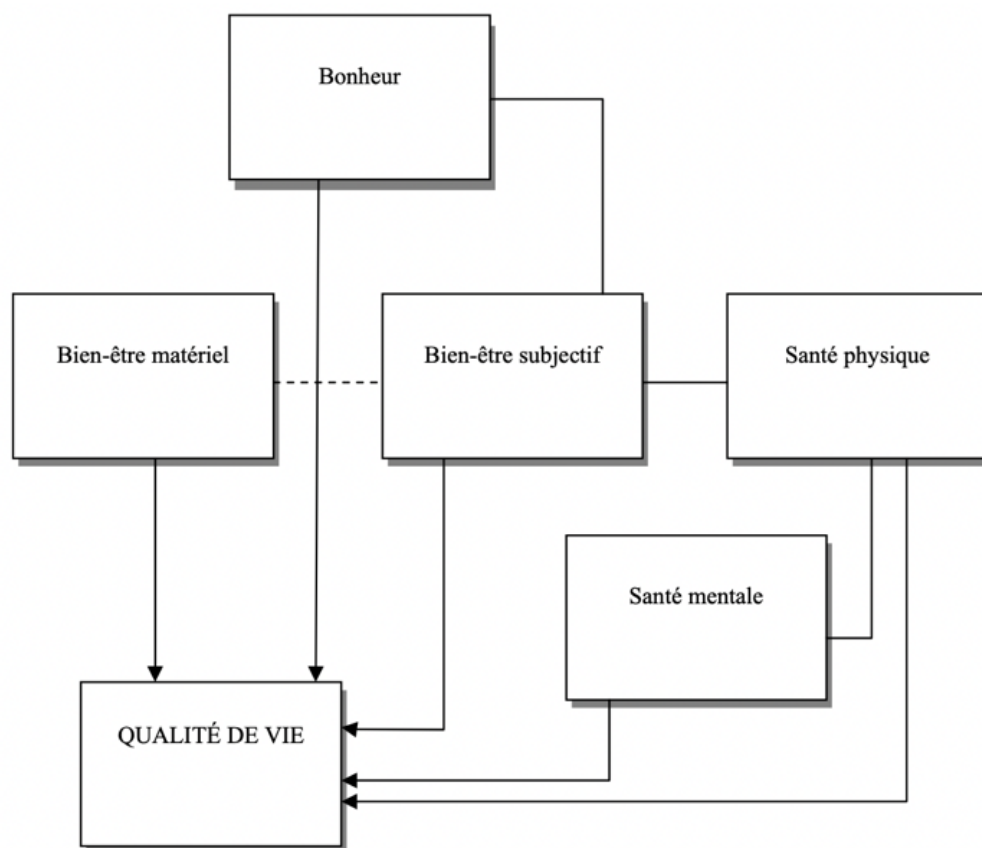


Figure 3 : Les divers indicateurs de la qualité de vie (D'après Nordenfelt, 1994)

b) Impact du cancer sur la qualité de vie

Le cancer amène de nombreuses répercussions dans le quotidien d'une personne. Elles peuvent être directement liées à la personne telles que les répercussions physiques et psychiques de la maladie. Cependant, elles peuvent aussi agir indirectement. Ces conséquences sont issues de différentes sphères de la vie du patient. Les relations sociales, scolaires, professionnelles peuvent être touchées (Plan cancer 2014/2019 – objectif 9). Une étude nommée VICAN5 « la vie cinq ans après un diagnostic de cancer », réalisée par l'Inserm nous dévoile les éléments affectant la qualité de vie des patients présentant cette maladie. La qualité de vie physique est altérée à 44,4 % par rapport aux personnes non malades. La fatigue persiste toujours après plusieurs années et provoque une baisse de la qualité de vie du patient. De plus, nombreux sont les patients ayant un temps de travail réduit du fait des répercussions de la pathologie, ce qui engendre une baisse de revenu et requiert un mode de vie différent²⁴. Ces différentes conséquences vont donc amener un bouleversement des habitudes de vie des patients et altérer leur qualité de vie. Ainsi, différents professionnels de santé peuvent accompagner le patient face à ces conséquences et difficultés rencontrées. L'ergothérapeute, expert des activités de vie quotidienne, est l'un des professionnels pouvant aider le patient, selon divers objectifs.

c) Un objectif ergothérapique

L'ergothérapeute met en lumière différents objectifs lors de ses prises en soins. En effet, d'après l'ANFE, les objectifs en ergothérapie sont « de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace » (ANFE, 2019). Notre travail est centré sur le patient et ses activités de vie. Les activités de vie, signifiantes ou significatives, vont ainsi avoir un rôle dans la qualité de vie du patient. Day et Jankey affirment l'importance du rôle de l'ergothérapeute dans la notion de qualité de vie du patient : « l'objectif ultime des interventions de l'ergothérapeute est d'améliorer ou maintenir la qualité de vie de sa clientèle » (Day & Jankey, 1996). L'ergothérapeute est expert des activités mais ne doit pas s'y restreindre. En effet, il doit prendre en compte l'ensemble des activités quotidiennes et domestiques, mais également tous facteurs pouvant influencer la qualité de vie des patients et ainsi avoir la

²⁴ Inserm – 20 juin 2018 – communiqués et dossiers de presse

meilleure prise en soin possible (Levasseur et al., 2006). Le professionnel met en œuvre tous les moyens nécessaires pour aider le patient face aux répercussions du cancer. Actuellement, une pratique est souvent mise en lumière dans notre société, et également utilisée par des professionnels de santé, avec pour chacun, des objectifs différents. Cette pratique est la méditation.

III. La méditation

A. Origine

La méditation est une pratique de plus en plus présente dans notre société. Elle est utilisée dans de nombreux pays et depuis plusieurs années. Sa pratique s'est démocratisée dans les pays occidentaux. Aujourd'hui, la transmission de l'information nous permet d'avoir accès plus facilement à ses pratiques (média, application smartphone par exemple).

À l'origine, la méditation était effectuée pour des pratiques spirituelles et religieuses. Elle était pratiquée plus particulièrement pour la connaissance du monde et de la réalité. Son but n'était pas centré sur l'individu lui-même. Souvent décrite comme prenant son origine dans le bouddhisme, la méditation ne provient pas de celui-ci. Eric Rommeluère affirme, dans l'émission « aux origines de la méditation », sur France Culture en 2019, que des traces archéologiques de la pratique ont été retrouvées dans la vallée de l'Indus, plus de 2000 avant J-C (Rommelùère, 2019). Ces traces nous font alors penser à la pratique méditative lors de cette ère.

Trois courants ont initié la pratique méditative : le taoïsme, l'hindouisme et le bouddhisme. Ce sont ces pratiques qui ont permis d'amener notre société à les utiliser dans notre quotidien, sans lien avec une religion. Actuellement, nous pouvons parler de « méditation laïque, au plus près de nos valeurs et de nos idéaux » (André, 2019).

La société évolue chaque jour, tout comme les objectifs de la pratique méditative dans notre quotidien. Eric Rommeluère la décrit en affirmant que « ce n'est pas une connaissance de soi, c'est la connaissance de la réalité » (Rommelùère, 2019). Pourtant, nous l'utilisons de plus en plus avec des objectifs centrés sur nous-mêmes. Nombreuses sont les personnes à mettre en pratique la méditation. Des études conduites par des experts en neurosciences ont démontré la

présence de modifications anatomiques et fonctionnelles au sein de notre cerveau, et notamment un changement dans la régulation de notre attention (Isnard Bagnis, 2017). Ainsi, ces résultats sur notre corps incitent la population à utiliser cette pratique méditative. Elle est utilisée dans certaines écoles, les prisons, l'armée, les universités dont Harvard, et également enseignée dans des entreprises comme Google par exemple (Midal, 2014).

B. Définition

La méditation est un terme avec de nombreuses définitions et une étymologie qui ont évoluées au fil des années.

Le terme « méditation » est né en 1250 sous le nom de *meditatiun* signifiant « contemplation ». Par la suite, en 1380, son terme évolue pour se nommer *meditacion*, qui désigne une action de réflexion. Au XVII^{ème} siècle, le terme se rapproche de l'aspect religieux (CNRTL). D'après le dictionnaire de l'Académie Française, le mot « méditation » est apparu en 1762.

L'étymologie de ce terme provient de « meditari » signifiant le fait de « prendre soin ». Ce terme fait appel à la notion d'**attention** (Midal, 2014).

D'après le CNRTL, deux définitions de la méditation sont proposées. La première définition est l'« action de méditer, de penser avec une grande concentration d'esprit pour approfondir sa réflexion ». La seconde définition donnée est dirigée vers un versant religieux comme un « exercice spirituel préparant à la contemplation ». Ces deux définitions convergent vers le système attentionnel de l'individu.

De nombreux auteurs donnent leur propre définition de ce qu'est la méditation. Christophe André, médecin psychiatre, évoque la méditation comme « une démarche dans laquelle on tourne son attention vers un certain nombre de variables corporelles, sensorielles et mentales ». Il décrit cette pratique comme un « entraînement de l'esprit » (André, 2012).

Selon Craven, « La méditation réfère à un groupe de techniques reconnues comme permettant de rehausser certaines habiletés telle la concentration, la régulation des états conscients et la conscience de soi » (Craven, 1989). La méditation n'est donc pas une simple et unique pratique. Au contraire, celle-ci se pratique de plusieurs façons, selon le type de la méditation choisie.

C. Différents types de méditation

1. Méditation de concentration (Samatha)

La méditation de concentration se caractérise par **l'observation de nos pensées**. Nous nous focalisons sur un point, un objet de notre environnement. La concentration que nous portons à ce point ne permet pas l'arrivée de nouvelles idées et nouvelles émotions. Sans prendre le contrôle de nos pensées, nous les acceptons. Ce type de méditation nous apporte un « calme intérieur », une sensation d'apaisement. Cette pratique est également appelée « méditation Samatha » ou encore « d'attention focalisée » (Centre de Pleine Conscience, 2016). Frédéric Lenoir, philosophe et sociologue, affirme que deux types de méditations existent, et représentent des étapes : « la première – samatha –, consiste à obtenir un calme intérieur, à apaiser l'esprit en le libérant du flot incessant de nos pensées. La seconde – vipassana, en pali –, vise à libérer l'esprit, à développer la compassion, à travers des intentions et des exercices de visualisation » (Lenoir, 2016).

2. Méditation de l'attention (Vipassana)

Bhante Hénépola Gunaratana, moine bouddhiste, décrit la méditation de l'attention, autrement appelée, en pali « méditation Vipassana ». Selon ses dires, **l'attention est focalisée sur tout ce que l'on peut vivre et ressentir**, notamment les « sensations, perceptions, pensées, idées, bruits, quoi que ce soit que vous fassiez l'expérience »²⁵. La méditation Vipassana permet d'entraîner notre esprit à regarder ce qui se passe en nous, tant au niveau de l'esprit, que de notre corps (Hénépola Gunaratana, 2007). Une méditation appelée méditation de pleine conscience ou encore *mindfulness*, s'est inspirée de la méditation Vipassana.

²⁵ Sagesses Bouddhistes, émission diffusée le 15 juillet 2007, Samatha et Vipassana

D. La pleine conscience

1. Définition

La méditation de pleine conscience, ou *Mindfulness* est pratiquée depuis d'innombrables années par les bouddhistes. Les bouddhistes voient en cette méditation deux aspects : le regard porté à notre corps, ainsi que celui tourné vers notre esprit, tous deux en corrélation (Couzon, 2020). La méditation de pleine conscience s'est laïcisée et est arrivée en Occident par les interventions du Dr Kabat-Zinn, professeur émérite de médecine, ayant travaillé sur la réduction du stress en initiant son propre programme : le programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience.

La méditation de pleine conscience est définie par John Kabat-Zinn comme étant « un état de conscience qui résulte du fait de porter son attention, intentionnellement, au moment présent, sans juger sur l'expérience qui se déploie instant après instant » (Kabat-Zinn, 2003). Cette pratique va nous permettre de réguler notre attention, car nous sommes centrés sur notre corps, notre esprit et les différentes sensations ressenties. La pleine conscience permet de se transformer soi-même (Couzon, 2020).

Cette pratique peut être divisée en trois attitudes essentielles. La première attitude est basée sur notre **capacité d'attention**, lors du moment présent avec les différents ressentis que nous pouvons avoir lors de notre respiration, ou sensations au sein de notre corps, nos émotions, idées qui nous viennent à l'esprit. La seconde attitude est axée sur le **non jugement et l'absence de contrôle de la situation à cet instant**. La dernière attitude est l'**observation** notamment l'observation de nos idées, pensées ou autres expériences (André, 2010).

Elizabeth Couzon nous décrit quelques précurseurs de cette pratique qui ont permis de développer et véhiculer ce qu'est la pleine conscience de nos jours : Richard J. Davidson, professeur de psychologie et de psychiatrie, a fait ses recherches concernant l'activation d'une partie de notre cerveau, plus particulièrement le cerveau préfrontal gauche lors de la méditation et ayant un effet sur nos émotions. Nous retrouvons également Daniel Goleman, psychologue, qui évoque aussi la notion d'émotions par le terme d'« intelligence émotionnelle ». En France, Christophe André, psychiatre, pratique également la méditation de pleine conscience et l'applique auprès de ses patients (Couzon, 2020).

En oncologie, de nombreux patients présentent des troubles physiques (douleurs, effets secondaires des traitements, fatigue...) et psychiques (stress, anxiété, dépression, ruminations...). La pleine conscience pourrait être une approche complémentaire envisageable à leur traitement, afin d'optimiser leur qualité de vie et leur bien-être au quotidien. Les patients l'utilisant peuvent alors la pratiquer de différentes manières, par une pratique formelle ou informelle.

2. Les pratiques

Deux pratiques interviennent dans la méditation de pleine conscience : la pratique formelle et la pratique informelle. Elizabeth Couzon nous les décrit.

La **pratique formelle** est lorsque le patient s'adonne à la méditation, et elle seule. Il délimite un temps précis et il choisit un moment dans la journée. Cette pratique est effectuée selon sa convenance, dans une position qu'il a choisie (assis sur le sol, sur une chaise, à genoux, ou dans une posture couchée par exemple).

La **pratique informelle** n'est pas effectuée dans un temps précis. Elle s'effectue tout au long de la journée. Elle est ancrée dans le quotidien de la personne. Elle se pratique lorsque la personne est en activité (Couzon, 2020).

3. Les programmes basés sur la pleine conscience

Plusieurs programmes existent et se basent sur la méditation de pleine conscience. Nous développons quatre programmes les plus évoqués dans la littérature. À ce jour, nombreux sont les programmes à se développer, en lien avec la pleine conscience, dans différents domaines (Couzon, 2020). Un programme basé sur la pleine conscience voit également le jour en cancérologie : le Mindfulness-based cancer recovery (MBCR).

a) Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)

La thérapie d'acceptation et d'engagement, ou *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) est une thérapie cognitive de troisième vague (Dionne & Deschênes, 2016). Cette thérapie a été mise en place par Hayes. Le but de cette thérapie est d'avoir une nouvelle vision,

plus flexible, de nos pensées, sans supprimer les obstacles et les souffrances. Elle s'appuie sur la notion de flexibilité psychologique et permet également au patient d'accueillir les différentes émotions ressenties. (Schoendorff et al., 2011).

b) Thérapie de réduction du stress basée sur la pleine conscience (MBSR)

Le programme MBSR, centré sur la réduction du stress a été développé par John Kabat-Zinn, en 1979. Ce programme a été mis en place pour les patients douloureux chroniques. Son but est d'affronter plus facilement les situations vécues comme stressantes par le patient. Dans ses écrits, John Kabat-Zinn nous décrit le programme s'effectuant sur huit semaines, en groupe, avec une pratique méditative hebdomadaire d'une durée de 2 heures 30 ainsi qu'une journée de pratique intensive de 7 heures (Kabat-Zinn, 2012). Ce programme propose différents exercices d'application tels que le yoga, la méditation assise, couchée ou en marchant, le body scan, les interactions sociales entre les participants (Poinsot & Illy, 2016).

c) Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT)

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience ou encore *Mindfulness based cognitive therapy* (MBCT) a été instaurée par Zindel Segal, John Teasdale et Mark Williams (Mirabel-Sarron & Sala, 2018). Elle possède la même structure que le programme MBSR, dont les fondateurs se sont inspirés (Couzon, 2020). Cette thérapie est destinée à la prévention des rechutes dépressives. Le but de ce programme est de se décentrer des pensées négatives et de réduire la réactivité cognitive de ces patients (Mirabel-Sarron & Sala, 2018).

d) Thérapie de récupération du cancer basée sur la pleine conscience (MBCR)

Le programme *Mindfulness based cancer recovery* a été développé en 1995 par deux psychologues spécialisés en oncologie, Linda Carlson et Michael Speca. Ce programme est destiné tant aux patients atteints de cancer qu'à leurs proches. Il s'inspire du programme MBSR, avec une durée de huit semaines. Au cours de cette thérapie, nombreux sont les exercices

proposés tels que la méditation du grain de raisin, la respiration, le body scan par exemple. (Carlson & Speca, 2015).

Toutes ces thérapies font appel à la pleine conscience. Elles sont utilisées pour différentes raisons. À ce jour, ces thérapies sont de plus en plus utilisées dans notre société. Nous nous posons alors la question sur des effets potentiels de ces pratiques sur notre santé physique et psychique.

4. Les effets de la pleine conscience

Nombreux sont les effets promulgués par les différentes pratiques de méditation. Les effets peuvent agir sur plusieurs domaines, tels que la santé physique, la santé psychique, les relations (Couzon, 2020).

a) Effets sur la santé mentale

D'après Thanh-Lan Ngô, les individus pratiquant régulièrement la pleine conscience voient des bénéfices sur leur santé mentale. En effet, ils présentent une augmentation de leur flexibilité mentale, ainsi qu'une amélioration de leur fonctionnement attentionnel. De plus, la méditation de pleine conscience leur apporte une meilleure capacité de régulation et gestion de leurs émotions, leur permettant ainsi de diminuer leurs ruminations et pensées négatives (Ngô, 2014). Plusieurs études démontrent également les effets de la méditation sur notre sommeil avec une amélioration de sa qualité et des troubles associés. Cette activité, indispensable à notre vie, est étudiée spécifiquement, mais est aussi souvent relevée par d'autres auteurs comme « effet collatéral ». (Isnard Bagnis, 2017). L'ensemble des effets psychologiques de la pleine conscience est en lien avec d'une part la conscience de nos expériences vécues sur le moment, et d'autre part par l'acceptation de ceux-ci afin de les vivre pleinement (Keng et al., 2011).

Plusieurs mécanismes d'actions sont mis en évidence lorsque nous recherchons d'où proviennent ces effets sur la santé mentale. Thanh-Lan Ngô les regroupe dans ses écrits (Ngô, 2014). **La conscience métacognitive** permet au patient une décentration de ses émotions et de ses pensées néfastes (Teasdale et al., 2002). **L'exposition intéroceptive** intervient afin de se désaccoutumer de certaines pensées (Carmody et al., 2009). **L'acceptation expérientielle** est également un mécanisme important, repris par de nombreux auteurs comme Keng et al en 2011,

ou encore Hayes en 1994. La pratique méditative va modifier certains éléments du système attentionnel. **Le contrôle de l'attention** permet de développer une attention soutenue, une attention sélective ainsi qu'une meilleure vigilance (Chiesa et al., 2011). La pratique de méditation de pleine conscience va permettre au patient de se recentrer sur lui-même, sur son « moi intérieur » et établir un changement de perspective, que beaucoup d'auteurs nomment « la reperception » (Shapiro et al., 2006).

Ces mécanismes agissent sur des parties précises de notre cerveau. En effet, le contrôle et la régulation de l'attention se font au sein du cortex cingulaire antérieur. C'est grâce à ce niveau que nous pouvons diriger et réorienter notre attention. Les émotions, quant à elles, agissent au niveau de l'amygdale et du cortex préfrontal. La flexibilité mentale s'opère au sein de plusieurs parties du cerveau : le cortex préfrontal médian, le cortex cingulaire postérieur, l'insula, ainsi que la jonction temporo-pariétale. (Poinsot & Illy, 2016). Des études utilisant l'imagerie fonctionnelle démontrent les différences cérébrales entre méditant et non-méditant, prouvant ainsi qu'il existe des modifications au sein de notre cerveau lors de la pratique méditative (Ngô, 2014).

b) Effets sur la santé physique

La méditation de pleine conscience peut avoir des bienfaits sur la santé physique des patients. D'après Elizabeth Couzon, la pratique méditative permet une diminution de l'adrénaline et du cortisol dans notre corps, ce qui favorise la diminution du stress (Couzon, 2020). La méditation peut également agir sur le ressenti d'une douleur physique voire chronique chez les patients. En effet, d'après les données de l'Inserm, 30 % des adultes souffrent de douleurs chroniques²⁶. Des auteurs ont démontré que la méditation de pleine conscience (notamment avec la pratique de respiration et de balayage corporel) permet de « mieux vivre » et ressentir cette douleur (Isnard Bagnis, 2017). Un changement de perception s'opère pour le patient, et modifie sa relation à la douleur. Rollon Poinsot et Johan Illy regroupent les résultats de plusieurs études sur les effets physiques possibles sur notre corps et nous les décrivent comme par exemple, une diminution de la pression artérielle du corps, une diminution de

²⁶ Inserm – Douleur

l'inflammation, une amélioration de l'immunité (Poinsot & Illy, 2016). Une étude a été menée par Richard Davidson et Jon Kabat-Zinn, en 2003, afin de mettre en exergue la pratique de méditation de pleine conscience et l'immunité par le programme MBSR. Les résultats de cette étude démontrent que la régularité de la pratique permet d'accroître l'élaboration d'anticorps et donc d'améliorer la fonction immunitaire (Davidson et al., 2003).

c) Effets sur les relations

La méditation de pleine conscience est un outil au niveau physique, psychique mais également au sein de nos relations. Elle permet de développer, approfondir ou renforcer certaines caractéristiques. La patience et la compassion sont des qualités intervenant lors de cette pratique (Berghmans et al., 2009).

5. L'utilisation de la pleine conscience par l'ergothérapeute

À ce jour, plusieurs auteurs évoquent le lien entre l'ergothérapie et la méditation pleine de conscience. D'après l'association *American Occupational Therapy Association*, l'ergothérapeute est un professionnel qui promeut la santé de ses patients, et les accompagne au travers de leurs activités et occupations du quotidien (American Occupational Therapy Association, 1999). Ses interventions, dans différents domaines, peuvent aussi être appliquées grâce à la méditation de pleine conscience. En effet, cette pratique méditative peut être incluse dans les activités de vie quotidienne (Couzon, 2020). Pour y arriver, la pratique se fait de manière progressive, commençant par la pratique formelle, pour ensuite intégrer la pratique informelle dans le quotidien (Couzon, 2020). Marie Lyse Foucault, ergothérapeute, utilise cette pratique auprès de ses patients. Elle axe son intervention sur l'utilisation de l'attention sensorielle dans les activités signifiantes du patient afin de limiter le ressenti de la douleur de celui-ci. Elle souhaite aider le patient à inclure cette pratique dans sa « routine occupationnelle », lui permettant ainsi d'obtenir des effets bénéfiques sur sa santé (Foucault, 2017). L'ergothérapeute agit également dans l'optique d'améliorer la qualité de vie du patient, ce qui est un objectif commun à la méditation de pleine conscience. Annick Isselé met en lumière la pertinence de cette pratique en ergothérapie, en s'appuyant sur l'accompagnement du thérapeute avec des activités qui ont un sens dans le quotidien de la personne (Isselé, 2018).

Tout comme les activités proposées aux patients lors de leur prise en soin, l'ergothérapeute observe et choisit une pratique méditative adaptée aux besoins du patient, de ses ressources et de ses objectifs (McVeigh, 2017). Pour ce faire, il peut suivre une formation de méditation de pleine conscience, où il sera accompagné par un instructeur (Association pour le Développement de la Mindfulness, 2021). Ainsi, l'ergothérapie et la méditation de pleine conscience ont toutes deux des **approches centrées sur le patient**.

IV. Élaboration de la question de recherche et hypothèses

Au cours de nos recherches, nous avons remarqué les innombrables conséquences possibles du cancer sur la santé physique et mentale du patient. Ces répercussions ont un réel impact négatif dans la vie d'une personne. Elles bouleversent l'ensemble des activités de vie quotidienne, qu'elles soient signifiantes ou significatives, mais aussi entraînent des répercussions sur la personne en elle-même. Petit à petit, un déséquilibre de vie s'installe.

Les patients atteints de cancer sont alors suivis par différents professionnels formant une équipe pluridisciplinaire tout au long de leur parcours de soin. Les professionnels de santé se réunissent afin d'avoir la meilleure prise en soin possible pour le patient et améliorer sa qualité de vie. L'ergothérapeute est un membre de cette équipe. Il peut agir sur les répercussions physiques et psychiques du cancer par divers moyens.

Au fil de nos recherches, nous avons découvert une pratique méditative pouvant avoir des effets bénéfiques sur la santé : la méditation de pleine conscience. De nombreuses publications évoquent ses bénéfices notamment pour une meilleure qualité de vie. La qualité de vie est un des objectifs de l'ergothérapeute.

C'est pourquoi, nous formulons notre question de recherche qui est « **En quoi la méditation de pleine conscience peut être un moyen thérapeutique en ergothérapie pour améliorer la qualité de vie des patients atteints d'un cancer ?** »

Deux hypothèses découlent de notre travail :

- L'utilisation de la pleine conscience peut réduire l'anxiété chez ces patients
- L'utilisation de la pleine conscience contribue à retrouver un équilibre occupationnel sur le long terme

PARTIE EXPLORATOIRE

V. Méthodologie de la recherche

A. Présentation de l'enquête

1. Outil d'investigation

Afin de valider nos hypothèses, nous avons décidé d'utiliser une méthode exploratoire basée sur une **étude qualitative**. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce choix.

Tout d'abord, notre questionnement nous amène à **savoir comment et pourquoi** la méditation de pleine conscience peut-elle être un moyen thérapeutique en ergothérapie pour améliorer la qualité de vie des patients atteints de cancer. Notre question de recherche est énoncée de manière qualitative. En effet, nous recherchons l'expérience et les constatations de plusieurs ergothérapeutes dans ce domaine.

Ensuite, notre thème de mémoire aborde la qualité de vie. La qualité de vie est une notion subjective, où chacun d'entre nous peut avoir des représentations et des ressentis différents. Nous avons donc privilégié une méthodologie qualitative, nous permettant de recenser les diverses réponses des ergothérapeutes.

Pour ce faire, nous avons choisi de mettre en place des **entretiens semi-directifs**. Ces entretiens vont nous permettre de recueillir différentes notions exprimées par les ergothérapeutes, selon leur vécu et l'utilisation de cette pratique. Nous pourrions alors avoir un large recueil de données, nous permettant de répondre à notre questionnement et vérifier les hypothèses émises. La confrontation des entretiens nous permettra ainsi de trouver des potentiels axes d'améliorations.

2. Critères de sélection de la population

Pour réaliser ces entretiens, nous avons décidé de mettre en place des critères de sélection pour notre échantillon de population.

En premier lieu, nous avons choisi d'interroger des ergothérapeutes pratiquant la méditation de pleine conscience, et/ou ayant été formés à cette pratique, et/ou l'ayant déjà

expérimentée, tous, auprès des patients atteints de cancer. Ce critère nous permet de recueillir l'avis de différents ergothérapeutes, sans limite dans leur modalité d'application de la pratique.

De plus, nous incluons l'ensemble de ces ergothérapeutes, sans regarder leur nombre d'années d'expériences ou de pratique de méditation de pleine conscience. En effet, nous voulons avoir le plus de données possibles afin de traiter notre sujet.

Il en est de même pour les lieux d'exercice de ces professionnels. L'ergothérapeute peut rencontrer des patients atteints de cancer dans divers établissements. Nous rencontrons ces patients au sein des services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), que ce soit en hospitalisation complète ou hospitalisation de jour, et dans d'autres structures. Les prises en soins d'ergothérapie en libéral sont également incluses, même si peu développées dans ce domaine.

Nous choisissons de ne pas nous restreindre dans la localisation géographique des ergothérapeutes. Ces données qui peuvent être internationales, nous permettent d'élargir et d'enrichir notre vision des interventions de méditation de pleine conscience en ergothérapie. De plus, nombreuses sont les interactions entre ergothérapeutes se mettant en place entre différents pays et nous poussant à en faire de même.

Enfin, nous avons décidé d'effectuer entre quatre et six entretiens. Ce nombre est limité car cela nous permet d'analyser plus précisément les données recueillies au cours des entretiens et ainsi les confronter pour en ressortir des pistes d'améliorations concrètes.

3. Méthode de prise de contact

Tout d'abord, pour trouver notre échantillon, nous aurions dû effectuer des recherches auprès de notre entourage pédagogique. En effet, nous pouvons nous adresser à notre maître de mémoire, connaissant des ergothérapeutes pratiquant la méditation de pleine conscience. Nous aurions également pu échanger avec d'autres professionnels afin d'avoir de nouveaux contacts pour notre étude. De plus, nous aurions étendu nos recherches sur internet, et les réseaux sociaux notamment dans différents groupes dédiés aux ergothérapeutes, et à la méditation de pleine conscience afin d'avoir le plus de données pour notre enquête. Avec la crise sanitaire liée à la Covid-19, nous n'aurions pu nous déplacer ou rencontrer personnellement les ergothérapeutes concernés. C'est pourquoi, les réseaux sociaux auraient été une alternative efficace pour pouvoir enquêter, tout en respectant les mesures sanitaires.

VI. La grille d'analyse

A. Définition et méthodologie

La grille d'analyse est notre support pour la préparation de l'enquête. En effet, elle recense l'ensemble des informations qui sont nécessaires à notre étude. Ces informations nous aident à préparer nos questions pour la passation de notre entretien semi-directif auprès des ergothérapeutes. Elle cadre notre travail, et met en lumière les thématiques et les indicateurs choisis. Cette grille ainsi établie facilite notre analyse des résultats. Elle nous permet d'avoir la trame dans notre entretien et les thèmes à aborder.

B. La construction de l'outil

Afin de construire notre outil, nous listons et détaillons chaque étape pour la réalisation de la grille. Puis, nous classons nos informations selon des thèmes en lien avec notre question de recherche. Ces thèmes regroupent alors des indicateurs, nous permettant par la suite d'établir nos questions et pouvant nous aider à la résolution de nos hypothèses.

1. Les thématiques et indicateurs

Trois thématiques ressortent dans la création de ce guide. Ces thématiques sont :

- L'ergothérapeute auprès des patients atteints de cancer
- La méditation de pleine conscience
- L'équilibre occupationnel

Ces trois thèmes vont alors contenir des indicateurs que nous abordons sous forme de tableau récapitulatif puis, que nous justifierons pas à pas.

Tableau II – Thématiques et indicateurs

Thématiques			
Indicateurs	L'ergothérapeute auprès des patients atteints de cancer	La méditation de pleine conscience	L'équilibre occupationnel
	Les compétences de l'ergothérapeute dans ce domaine	Définition de la méditation de pleine conscience	Définition
	Les objectifs de prise en soin	Les objectifs	Le déséquilibre
	La qualité de vie	Formation	L'évaluation
	Les répercussions du cancer	Les programmes utilisés	
		Durées/Fréquences	
		Les effets (bénéfiques ou non)	

2. Explication des indicateurs

Dans un premier temps, nous allons aborder les différents indicateurs de la thématique « L'ergothérapeute auprès des patients atteints de cancer », sous forme de tableau pour plus de visibilité.

Tableau III – Justification des indicateurs : l'ergothérapeute auprès des patients atteints de cancer

L'ergothérapeute auprès des patients atteints de cancer	Justification des indicateurs
Les compétences de l'ergothérapeute dans ce domaine	Nous cherchons à savoir si l'ergothérapeute a sa place dans le domaine lié au cancer. Pour cela, nous souhaitons mettre en lumière ses compétences professionnelles. Avec celles-ci, il pourra participer à la prise en soin, collaborer, être au sein de l'équipe en utilisant ses ressources professionnelles et in fine améliorer le quotidien du patient.

Les objectifs de prise en soin	Nous cherchons à savoir les objectifs possibles mis en place par un ergothérapeute avec ces patients. En effet, les objectifs sont le commencement de notre prise en soin et nous permettent d'aider le patient dans les occupations problématiques.
La qualité de vie	Tout d'abord, nous cherchons à savoir comment l'ergothérapeute définit la qualité de vie, et quels mots va-t-il employer face à ce large concept. En effet, la qualité de vie est une donnée subjective. Ensuite, nous cherchons à connaître si ces ergothérapeutes la mesurent par un outil spécifique, validé ou non, afin de connaître les ressentis du patient dans différentes situations et domaines de vie. Cet indicateur amorce le démarrage de nos recherches face à notre question de recherche.
Les répercussions du cancer	Le cancer entraîne des conséquences physiques et/ou psychiques, entraînant une diminution de la qualité de vie. Par le biais de nos questions, nous cherchons à savoir si certaines répercussions apparaissent fréquemment, et comment l'ergothérapeute pourrait aider au vu de celles-ci. En effet, l'ergothérapeute n'agit pas sur la pathologie mais sur ses conséquences pour améliorer la qualité de vie du patient. Puis nous cherchons à savoir si l'aspect psychologique est évoqué, et mis en mots par les patients (anxiété, stress...). En effet, cela nous indiquera si cet aspect apparaît dans les objectifs des ergothérapeutes et mis en place en séance (par divers moyens).

En finissant par l'indicateur « Les répercussions du cancer » et les moyens mis en place, nous pouvons inclure le moyen thérapeutique que nous avons choisi, qui est la méditation de pleine conscience. L'introduction de ce thème permet de poursuivre notre enquête et nous permet de répondre à une de nos hypothèses, à savoir l'hypothèse 1.

Tableau IV – Justification des indicateurs : La méditation de pleine conscience

La méditation de pleine conscience	Justification des indicateurs
Définition de la méditation de pleine conscience	La méditation de pleine conscience est une pratique en plein essor à ce jour dans divers domaines, dont la santé. Nous cherchons à savoir les connaissances des ergothérapeutes au sujet de cette pratique. Cet indicateur nous permet d’initier la discussion sur la méditation de pleine conscience en ergothérapie. Avec nos questions, nous pourrions ainsi mieux comprendre le but de l’utilisation de cette pratique auprès des patients, et leur parcours.
Les objectifs	Après avoir introduit la définition de la méditation de pleine conscience, nous cherchons à connaître les circonstances d’initiation à celle-ci et l’application de la pratique aux patients. En effet, cette pratique, utilisée comme moyen thérapeutique, fait suite à des objectifs précis. Il serait donc intéressant de recueillir leurs objectifs mis en place. (Cet indicateur nous permet d’inclure notre hypothèse 1).
Formation	Nous cherchons maintenant à savoir comment intervient cette mise en pratique et sur quoi se basent-ils pour l’appliquer. Pour cela, nous introduisons la notion de formation. En effet, il existe des formations spécifiques à cette technique. Elles permettent de pratiquer soi-même et d’appliquer cette pratique auprès des patients.
Les programmes utilisés	Par la suite, nous souhaitons savoir si les ergothérapeutes privilégient un programme en particulier. En effet, chaque programme a des spécificités et peut être dédié à une population précise. Si aucun programme n’est cité, nous questionnerons l’enquêteur pour analyser sa pratique et savoir comment la met-il en place afin de nous donner une vision globale de celle-ci.
Durées/Fréquences	Nous cherchons également à savoir le temps et la fréquence de cette pratique mise en place par l’ergothérapeute auprès des patients, et comment s’organise-t-il afin d’effectuer ses séances.

Les effets (bénéfiques ou non)	Après la pratique, nous souhaitons connaître les effets rencontrés (bénéfiques ou non) après la mise en œuvre de la méditation de pleine conscience par l'ergothérapeute. (Réponse à notre hypothèse 1). Nous cherchons à savoir l'impact de cette pratique sur les activités de vie des patients et donc leur qualité de vie . En effet, les activités de vie quotidienne et le concept de qualité de vie sont au centre du métier d'ergothérapeute.
---	---

En recherchant les effets de cette pratique, nous mettons en lumière l'impact de la méditation de pleine conscience dans la vie de ces patients. Ainsi, nous poursuivons notre questionnement sur un autre concept ergothérapique qui est l'équilibre occupationnel. Ce thème permettra de valider ou non notre hypothèse 2.

Tableau V – Justification des indicateurs : L'équilibre occupationnel

L'équilibre occupationnel	Justification des indicateurs
Définition	Le terme « équilibre occupationnel » ne doit pas être précisé au cours de l'entretien. En effet, cette notion est nouvelle et peu connue des ergothérapeutes sur le terrain. Nous ne la citerons pas, pour ne pas biaiser les réponses. Nous cherchons alors à savoir quelle vision les ergothérapeutes ont de l'équilibre des différentes sphères de vie du patient et l'impact de celles-ci (dans les quatre domaines) . Chacun a son propre ressenti et sa propre définition au vu du vécu du patient.
Le déséquilibre	Le déséquilibre est également une notion subjective, s'apparentant souvent à un ressenti. En introduisant ce terme, nous cherchons à savoir, quand le déséquilibre peut survenir auprès du patient, ce qui influera sur sa vie et le moment de la mise en place de la méditation de pleine conscience par l'ergothérapeute.
L'évaluation	Nous cherchons à savoir si l'ergothérapeute utilise une évaluation particulière pour mettre en évidence le déséquilibre de vie du patient. De plus, cela permettrait de le réévaluer au cours de sa prise en soin. Cette évaluation nous aiderait à déterminer la présence d'un déséquilibre ou d'un équilibre de vie (l'équilibre occupationnel en ergothérapie).

Cette grille d'analyse nous permet ainsi d'avoir notre cheminement pour la passation des entretiens. Avec celle-ci, nous pouvons intégrer les informations nécessaires afin de répondre à notre question de recherche et valider ou non nos hypothèses.

VII. Le guide d'entretien

A. Définition et méthodologie

Par la construction de cet outil, une quinzaine de questions sont préparées. Ce guide nous sert de support pour la passation des questions. Elles sont formulées sous forme de questions ouvertes, avec une orientation prédéfinie afin que l'ergothérapeute puisse argumenter et s'exprimer sur le sujet. Il est important de préciser que l'entretien se serait déroulé en fonction des réponses de l'ergothérapeute. Nous n'aurions pu instaurer un ordre défini des questions.

B. La construction de l'outil de recueil d'information

1. Début de l'entretien

Pour débiter l'entretien, nous commençons par des questions d'introduction afin d'établir une relation de confiance. Elles nous permettent de mieux connaître l'enquêté et connaître son parcours professionnel. Les questions sont les suivantes :

- « Depuis combien de temps exercez-vous le métier d'ergothérapeute ? »
- « Quel est votre parcours professionnel (types de structures, populations rencontrées, domaines d'exercices comme la rééducation, réadaptation, réinsertion...) ? »
- « Dans quelle structure travaillez-vous actuellement ? »
- « Quel type de population rencontrez-vous globalement ? »

Ces questions nous permettent alors d'établir rapidement le profil de l'ergothérapeute interrogé, avec ses expériences, les populations déjà rencontrées dont les patients atteints de cancer, population que nous avons choisie dans ce mémoire.

2. Les questions de l'entretien et leurs justifications

➔ L'ergothérapeute auprès des patients atteints de cancer :

Avez-vous le sentiment que les ergothérapeutes interviennent fréquemment en oncologie ?

Nous décidons de commencer l'entretien sur une question générale afin d'amener progressivement l'enquêté vers nos thèmes. À ce jour, l'ergothérapie est une profession paramédicale en plein essor. Elle devient de plus en plus connue auprès des professionnels, mais aussi du public et reconnue dans notre pays. L'ergothérapeute intervient de plus, dans divers domaines et avec toutes personnes en situation de handicap. Cependant, nous trouvons peu d'ergothérapeutes travaillant auprès de ces patients. C'est pourquoi, nous posons cette question afin de connaître le nombre d'ergothérapeutes sur le terrain et s'ils sont rencontrés fréquemment en oncologie. Cette question nous permet également d'amorcer notre enquête afin de savoir si l'ergothérapeute a une place dans ce domaine.

Selon votre expérience et votre point de vue, quelles sont les compétences et les ressources que peut mobiliser l'ergothérapeute afin de participer à ces prises en soins ?

En posant cette question, nous souhaitons mettre en lumière les compétences qu'ils peuvent avoir au sein de cette population. En effet, ces compétences prouveraient ainsi que l'ergothérapeute a une réelle importance dans ce domaine, comme tout autre domaine où il intervient. Notre référentiel de compétences dispose de dix compétences, bien définies dans le portfolio de l'étudiant ergothérapeute, que nous avons explicité lors de notre partie théorique. L'ergothérapeute peut alors **transposer** ses compétences professionnelles auprès des patients. In fine, cette question nous permet de connaître le ressenti sur la place de l'ergothérapeute dans ce domaine (plus particulièrement sa faible participation, son absence ou sa présence).

Quels objectifs globaux vous semblent importants à mettre en place pour ces patients ?

Avec cette question, nous cherchons à savoir les objectifs généraux pouvant être mis en place par les ergothérapeutes pour ces patients. Par « objectifs globaux », nous souhaitons mettre en lumière un des objectifs que l'ergothérapeute possède dans chaque prise en soin : **l'amélioration de la qualité de vie du patient**. Sans la présence d'objectifs, il est impossible pour l'ergothérapeute de mettre en place une rééducation, une réadaptation ou autres interventions. Chaque intervention est effectuée avec un ou des objectifs bien précis, personnalisés pour chacun d'entre eux. De plus, nous recueillerons d'autres objectifs qu'ils ont déjà mis en œuvre, pour étayer nos connaissances dans ce domaine. Cette question nous sert également de transition pour inclure la notion de **qualité de vie**. Si la qualité de vie n'est pas évoquée au cours des réponses, nous pourrons alors l'introduire par une question supplémentaire l'abordant.

Question supplémentaire : « *L'amélioration de la qualité de vie intervient-elle comme l'un de vos objectifs dans la prise en soin ?* »

Comment définiriez-vous cette notion de qualité de vie ? Et la qualité de vie auprès des patients atteints de cancer ?

Nous vous posons ces questions car nous savons que ces patients peuvent avoir de nombreuses répercussions que ce soit physiques, et psychiques et qu'elles peuvent altérer leur quotidien.

Cette question nous permet de connaître la perception du concept de qualité de vie par l'enquêté, de manière générale (non spécifique aux patients atteints de cancer). Puis nous ciblons sur la population que nous étudions afin de recueillir plus de détails sur le ressenti de la qualité de vie des patients et les répercussions possibles qui affectent cette qualité de vie dans leur quotidien.

Questions complémentaires : « *Quels sont les répercussions fréquentes (physiques et psychiques) altérant cette qualité de vie, que vous avez pu rencontrer chez ces patients ?* »

Utilisez-vous un outil pour mesurer la qualité de vie de ces patients ? Lequel ?

Nous cherchons à savoir si les enquêtés mesurent cette qualité de vie auprès des patients atteints de cancer. Cette qualité de vie est souvent altérée, et des difficultés peuvent intervenir dans le quotidien de la personne. L'ergothérapeute, par le biais de ces outils, peut modifier ses objectifs de prise en soin et s'axer sur les besoins du patient. Cette question nous permet également de découvrir de nouveaux outils utilisés auprès de ces personnes.

Afin d'améliorer cette qualité de vie, avez-vous déjà mis en place des moyens thérapeutiques spécifiques pour ces patients/ou pensé à mettre en place ? Si oui, lesquels ?

Cette question nous sert de transition pour l'inclusion de notre thème, la méditation de pleine conscience, qui est notre moyen thérapeutique pour l'amélioration de la qualité de vie et la contribution à retrouver un équilibre occupationnel satisfaisant. En effet, cette question nous permet, d'une part de connaître les différentes approches thérapeutiques utilisées auprès de ces patients, et d'autre part elle inclut la méditation de pleine conscience car ces ergothérapeutes ont été introduits dans nos critères de sélection : ils connaissent et/ou pratiquent et transmettent la méditation de pleine conscience dans leur profession. Si la méditation de pleine conscience n'est pas évoquée, nous posons une question supplémentaire en la citant afin de connaître leur ressenti sur ce moyen et son utilisation.

Question supplémentaire : « *La méditation de pleine conscience peut-elle être pour vous un moyen thérapeutique auprès de ces patients, comme les autres approches que vous avez citées ?* »

➔ **La méditation de pleine conscience :**

Qu'est-ce que la méditation de pleine conscience pour vous ?

Cette question ouverte nous permet d'aborder le thème de la méditation de pleine conscience d'une manière très large et d'avoir une définition par l'enquêté. Cela nous permet d'introduire nos questions suivantes, bien plus précises.

Questions complémentaires : Ces questions complémentaires nous permettront également de connaître leur connaissance à ce sujet, et leur initiation (formations, cours à l'école...).

- « *Comment l'avez-vous connue ?* »
- « *Comment vous êtes-vous initié à cette pratique ?* »

<i>Quelle relation pouvez-vous fonder entre cette pratique et l'ergothérapie ?</i>

D'une part, cette question nous sert de transition afin d'inclure l'ergothérapie et sa mise en pratique auprès de ces patients, et d'autre part cette question est large, ce qui nous permet de recueillir les différents points de vue des enquêtés. Notre but est de connaître les similitudes rencontrées entre méditation de pleine conscience et ergothérapie. En mettant en lumière ces liens, nous donnons des arguments sur l'utilisation de cette pratique en ergothérapie.

<i>Pratiquez-vous celle-ci auprès des patients atteints de cancer ? Pourquoi et comment ?</i>
--

Avec cette question, nous souhaitons connaître l'expérience et le savoir-faire de l'ergothérapeute dans cette mise en pratique. Nous apprendrons les modalités de leur pratique et les éventuels protocoles/programmes mis en place. Ils pourront développer la raison pour laquelle, ils ont décidé d'utiliser ce moyen thérapeutique auprès de ces patients. Cette raison sera l'objectif de l'utilisation de la méditation. En effet, la méditation de pleine conscience possède de nombreux effets que nous avons cités dans notre partie théorique. Nous pourrions alors approfondir sur ceux-ci.

Questions complémentaires :

- « *Utilisez-vous un programme particulier ? Lequel ?* »

- « *Quelle est la durée/fréquence de ces mises en pratique ?* »

Quels effets avez-vous pu observer avec l'utilisation de cette pratique chez ces patients ? Y-a-t-il eu un changement dans leur vie quotidienne ?

Nous cherchons à connaître les effets recensés par l'ergothérapeute avec cette pratique. Ces effets peuvent être bénéfiques ou non, physiques et/ou psychiques. Le but de cette question est également de savoir si la méditation de pleine conscience a un impact sur les activités de vie quotidienne de la personne. Cela nous permet ainsi d'avoir des résultats concrets de cette pratique dans le quotidien. Nous pourrions ainsi introduire plus facilement notre dernier thème qui est : l'équilibre occupationnel.

Par le biais de questions complémentaires, nous souhaitons approfondir sur les répercussions psychiques et plus particulièrement sur l'anxiété, qui est notre hypothèse 1.

- « *Avez-vous remarqué une baisse de l'anxiété chez ces patients ?* ».
- « *Pouvez-vous nous donner une situation/action concrète qui a été améliorée dans le quotidien de la personne ?* »

➔ **L'équilibre occupationnel :**

Selon votre expérience, comment visualisez-vous l'équilibre entre les activités de vie quotidienne du patient atteint de cancer (dans les 4 domaines de vie : soins personnels, loisirs, productivité, repos) ?

Nous cherchons à avoir une définition de l'équilibre occupationnel, sans même citer ce terme. Cette notion est d'ordre subjectif. C'est pourquoi, nous souhaitons connaître le ressenti des enquêtés face à ce thème. En effet, comme expliqué précédemment dans la justification des indicateurs, il est possible que certains ergothérapeutes ne connaissent pas encore ce terme, ce qui biaiserait notre enquête. Nous pouvons ainsi recueillir leur point de vue, et avoir une réelle

représentation de la situation du patient selon les quatre domaines de vie. Nous pourrions ainsi savoir si l'une des sphères est plus utilisée qu'une autre ou à contrario sous utilisée. En effet, les personnes atteintes de cancer centrent souvent leurs occupations autour des soins et de leur pathologie. Ces témoignages nous donneront une vision globale de la proportion des activités de vie des patients atteints de cancer. En posant cette question, nous pourrions alors déduire que le patient se situe soit dans un équilibre de vie, soit un déséquilibre de vie.

Avec l'utilisation de la méditation de pleine conscience, avez-vous constaté un changement dans ces domaines ? Lequel ? Et à quel moment ?

À travers cette question, nous souhaitons savoir si la méditation de pleine conscience en ergothérapie peut avoir un réel impact positif sur l'équilibre occupationnel d'une personne atteinte de cancer. Elle nous permet de valider ou d'invalider notre hypothèse 2. Nous aurons également des indications sur les sphères touchées et à quel moment le patient a commencé à retrouver un équilibre au sein de ses occupations.

Avez-vous un outil pour évaluer les différents domaines de vie du patient ? Lequel ?

Notre profession nous permet d'accompagner le patient tout au long de la prise en soin pour qu'il puisse retrouver un équilibre occupationnel satisfaisant et une meilleure qualité de vie. Afin de recueillir le ressenti du patient sur ces notions, nous pouvons utiliser des outils spécifiques (par exemple le questionnaire « Inventaire de l'équilibre de vie » de Matuska en 2010, ou la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel). Ces outils permettent de visualiser l'évolution de l'état du patient tout au long de la prise en soin. Les différentes données pourront être comparées aux précédentes et discutées avec l'ergothérapeute pour cibler de nouveaux objectifs. L'ergothérapeute utilise toujours une approche centrée sur le patient. De plus, nous découvrirons de nouveaux outils, que nous pourrions mettre en pratique dans notre profession.

Pour conclure, pensez-vous que le terme « Équilibre occupationnel » est approprié suite à notre échange ? Pourquoi ?

Nous posons cette question afin d'effectuer une ouverture sur le terme « d'équilibre occupationnel », terme qui prend de l'ampleur en ergothérapie depuis quelques années. Nous décidons de l'employer en fin d'entretien pour éviter tout biais au cours de celui-ci, comme expliqué précédemment. Nous souhaitons recueillir l'avis des enquêtés face à ce terme. Finir sur ce concept nous semble pertinent car les ergothérapeutes pourront, soit découvrir ce nouveau concept ou alors nous donner leur opinion sur l'utilisation du terme dans ce domaine.

Le guide d'entretien est présenté en annexe (cf. Annexe I).

C. Validation de la méthode d'investigation

La méthode que nous avons employée nous aide-t-elle à répondre à notre questionnement et avoir les informations recherchées ? Nous pensons que le choix de l'entretien semi-directif est l'outil le plus approprié à notre sujet pour recueillir l'ensemble des informations que nous souhaitons. En effet, nous avons choisi de mettre en place une stratégie en entonnoir. Nous avons décidé de commencer par une question générale, qui nous permet ensuite d'obtenir des informations plus centrées sur le ressenti de l'ergothérapeute. Nous allons donc avec nos questions suivre un cheminement précis, qui nous permet de répondre à notre première hypothèse, puis la suivante et de confirmer notre question de recherche. De plus, les questions que nous avons formulées nous permettent de trouver nos indicateurs c'est-à-dire nos réponses à nos questions. Ces questions nous permettent de mettre en lumière nos concepts et contextes. Il est également possible que l'enquêté puisse ne pas comprendre la question et ne répond pas à celle-ci comme souhaité. C'est pourquoi, nous avons énoncé des questions supplémentaires pour rediriger l'enquêté sur ce que nous cherchons à savoir. Nous avons également proposé des questions complémentaires, lorsque nous souhaitons approfondir leur propos. Après réflexion de notre choix d'outil, nous pensons qu'il aurait été intéressant d'élargir notre champ d'investigation. En effet, nous aurions pu interroger des patients atteints de cancer afin de connaître leur ressenti sur ce moyen thérapeutique, pouvant améliorer la qualité de vie.

D. Discussion

1. Axe d'amélioration

Afin de poursuivre notre réflexion, suites à ces recherches, nous allons choisir une action ou un axe d'amélioration à mettre en place en tant qu'ergothérapeute, de manière concrète, que nous pourrions transposer dans notre pratique et celle d'autres ergothérapeutes. Nous allons donner nos perspectives professionnelles, ainsi que nos préconisations.

Nous nous sommes intéressés aux **programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP)**. Notre but est d'introduire la méditation de pleine conscience comme moyen thérapeutique, au sein d'un programme d'ETP, visant à l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de cancer et la contribution à retrouver un équilibre occupationnel satisfaisant. Pour ce faire, nous allons expliquer les étapes pour arriver à mettre en place ce projet.

a) Les perspectives professionnelles

Tout d'abord, pour pouvoir participer à un programme d'ETP en tant qu'intervenant, nous devons suivre une **formation**. Au cours de notre dernière année d'ergothérapie, nous avons eu une unité d'enseignement, à savoir l'unité d'enseignement 4.8 intitulée « Techniques et outils d'éducation thérapeutique en ergothérapie » (cf. Annexe II), nous permettant d'être formés à celle-ci avec une formation de 40h. Cette formation nous explique l'ensemble des éléments nécessaires à connaître pour participer à un programme d'éducation thérapeutique (bilan éducatif partagé, entretien motivationnel, planification des ateliers, bilans réguliers et évaluation).

Après avoir été formés à l'ETP, nous avons donc une base solide pour pouvoir commencer notre projet dans le domaine et la population cible, à savoir les patients atteints de cancer. Nous souhaitons donc participer à un programme d'ETP pour cette pathologie. Les programmes d'ETP dédiés aux cancers se développent de plus en plus, notamment grâce au plan cancer 2014-2019, qui a promu le développement de ces programmes pour l'amélioration de la qualité de vie des patients (Institut National du Cancer, 2015).

Il est également important pour nous d'avoir reçu une **formation concernant la méditation de pleine conscience** afin de pouvoir l'inclure dans ce projet et l'appliquer. En

effet, nous connaissons ce sujet du fait de nos recherches de mémoire et nous le pratiquons personnellement. Cependant, il nous semble pertinent d'avoir une formation dispensée par un professionnel et instructeur de méditation de pleine conscience pour approfondir notre pratique. Nombreuses sont les formations proposées. C'est donc à l'ergothérapeute de choisir son mode de formation. Il existe des formations en plusieurs niveaux permettant de se former tout d'abord dans la découverte de ce moyen thérapeutique, puis l'apprentissage de la guidance en séance, et enfin développer son savoir-faire.

b) Les préconisations

Après s'être formés et avoir maîtrisé ces éléments, nous pouvons être intégrés au sein d'un programme. Au sein de l'ETP, tous les intervenants collaborent pour la meilleure prise en soin du patient. Ils échangent et préparent l'organisation nécessaire pour la mise en place du programme (à savoir quel professionnel interviendra, quand et pourquoi). Ils établissent des thématiques, avec des compétences et objectifs pédagogiques afin d'instaurer ce projet. L'ergothérapeute a sa place au sein de l'équipe, du fait des nombreuses compétences qu'il possède et **pourra proposer des ateliers de méditation de pleine conscience en corrélation avec l'ergothérapie**. Ces ateliers auront comme but l'amélioration de la qualité de vie du patient et la contribution à retrouver un équilibre occupationnel sur le long terme.

Après avoir recueilli les données nécessaires du patient, suite au bilan éducatif partagé et à l'entretien motivationnel, l'ergothérapeute pourra planifier, selon les besoins des patients, **les séances d'ETP, à savoir une séance collective, des séances dédiées à la mise en pratique de la méditation de pleine conscience puis des séances individuelles**.

Ces types de séances seront inclus dans un thème général que nous pouvons intituler « **Vivre avec sa maladie, ses répercussions et les gérer** ». Dans notre projet, la compétence à développer est : **Gérer les répercussions de la maladie et des traitements par des moyens thérapeutiques spécifiques**. Toutes les séances que nous proposons sont animés par l'ergothérapeute.

Tout d'abord, nous commençons par mettre en place **la séance collective** avec les patients (fiche de direction – cf. Annexe III). Les objectifs de celle-ci sont :

- Connaître les répercussions possibles du cancer et les comprendre
- Comprendre ce qu'est la méditation de pleine conscience
- Connaître les enjeux de cette pratique et ses potentiels effets

Lors de cet atelier, nous allons instaurer un **temps d'échange** entre les participants afin qu'ils évoquent leur expérience vécue, leur ressenti face aux répercussions du cancer. Pour cela, nous utiliserons des outils de communication, pour qu'ils puissent débattre. Pour poursuivre cet atelier, le thérapeute utilisera l'ensemble des informations recueillies pour leur proposer un moyen thérapeutique pouvant les aider, qui est : **la méditation de pleine conscience**. Il va donc effectuer un apport théorique sur cette pratique et faire le lien avec l'ergothérapie. Les patients pourront alors choisir de participer à cette pratique ou non par la suite. **Le patient est acteur de sa prise en soin**, c'est donc à lui que revient ce choix. Pour finir l'atelier, l'ergothérapeute proposera une **mise en pratique de la méditation de pleine conscience** (la méditation du grain de raisin). Cet atelier permettra aux patients de découvrir des sensations dont ils ne font peut-être plus attention dans leur vie quotidienne. C'est avec cet exemple concret que le thérapeute concrétisera son apport théorique et donnera du sens à la pratique.

Ensuite, le programme d'ETP se poursuivra avec des séances du programme MBSR, en groupe (fiche de direction – cf. Annexe IV). Ces séances seront effectuées pour les patients souhaitant pratiquer la méditation de pleine conscience. Ils seront volontaires et engagés. Ce programme n'est donc pas obligatoire. Ces séances seront au nombre de huit, comme dans le programme MBSR, de John Kabat-Zinn. Les objectifs pédagogiques recherchés sont :

- La gestion des répercussions du cancer **de manière formelle**,
- **Prendre soin de soi**,
- Et in fine **l'amélioration de la qualité de vie** et d'un **équilibre occupationnel satisfaisant**.

Le thérapeute guidera et accompagnera les patients pour qu'ils deviennent autonomes dans ces pratiques formelles. Les séances commenceront et se termineront par un **échange** entre le thérapeute et les participants afin qu'ils puissent partager leur ressenti, leurs appréhensions ou autres émotions. Ensuite, l'ergothérapeute expliquera les différents exercices qu'ils pratiqueront et pourquoi. Chaque séance suivra un programme précis, que l'ergothérapeute aura préparé à l'avance, s'inspirant du programme MBSR (Modalités – cf. Annexe V). L'échange

de fin de séance permettra aux participants d'évoquer leurs perceptions des sensations durant l'atelier. Ce programme amènera le patient **vers une autonomie dans sa vie quotidienne**, qu'il n'avait plus auparavant. Avec ces huit séances, il saura gérer les aléas possibles liés aux répercussions du cancer, qu'elles soient physiques et/ou psychiques. Cependant, il devra maintenant transposer ses connaissances et sa pratique dans son quotidien. Il pourra, avec une pratique informelle, gérer n'importe où et n'importe quand, le ressenti de ses répercussions. **L'ergothérapeute interviendra donc, par la suite, en individuel, pour cibler les occupations problématiques du patient et pouvoir les surmonter.**

Notre programme se finira avec des séances individuelles (fiche de direction – cf. Annexe VI). En effet, elles sont la poursuite du travail réalisé en amont. Le nombre de séances sera en fonction des besoins du patient. Les objectifs pédagogiques de celles-ci sont :

- **Prendre soin de soi,**
- Approfondir la gestion des répercussions **de manière informelle,**
- **Transposer et adapter** la pratique méditative dans le quotidien

dans le but d'améliorer leur qualité de vie, et contribuer à retrouver un équilibre occupationnel sur le long terme.

Pour ce faire, la séance individuelle commencera par un **échange** afin de connaître les besoins, les attentes et les objectifs dans la vie quotidienne du patient. Ensuite, l'ergothérapeute mettra en place un **outil thérapeutique** permettant de relever les occupations du patient, de les analyser et d'en prendre conscience. Cet atelier amorcera la pratique informelle de la pleine conscience. Pour finir, le patient choisira une des **activités problématiques** qu'il pourra rencontrer dans son quotidien afin de l'expérimenter en pleine conscience, avec les conseils de l'ergothérapeute. Cela lui permettra de reproduire ce schéma de fonctionnement dans ses activités de vie quotidienne.

De plus, au cours de l'ETP, le thérapeute devra **évaluer** les participants, pour chaque séance. **Sur le long terme, l'outil mis en place en séance individuelle servira à évaluer l'équilibre occupationnel du patient.**

Dans l'ensemble de ces ateliers, l'ergothérapeute est un professionnel pouvant aider le patient du fait de ses nombreuses compétences qu'il met à profit. Au fur et à mesure de la prise

en soin, il se centre au plus près des besoins du patient, se réajuste, agit sur les répercussions et l'accompagne vers un meilleur équilibre de vie. Ainsi, pour toucher le plus grand nombre d'ergothérapeutes, nous proposons également **d'inclure des cours théoriques et pratiques en formation initiale** afin d'avoir des notions sur cette méditation, avoir l'opportunité de la pratiquer, et savoir comment l'appliquer dans sa future pratique professionnelle.

2. Analyse réflexive

Cette analyse réflexive permet de développer et expliquer notre cheminement tout au long de ce travail. Par conséquent, nous utilisons le pronom personnel « je » dans cette partie personnelle.

Pour commencer ce mémoire, la première étape était de **chercher un thème**. Mon choix s'est dirigé vers une pathologie en particulier : le cancer. J'ai choisi cette pathologie car elle m'intéresse fortement, d'un point de vue personnel, comme sociétal. De plus, je n'ai eu aucune notion en cours ou en stage sur ce domaine. C'est pourquoi, je me suis questionnée sur le rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes atteintes de cancer.

La seconde étape a été **les recherches documentaires**. Ces recherches m'ont permis d'acquérir de nouvelles connaissances et de les approfondir. Par ailleurs, j'ai pris connaissance d'une pratique méditative (la méditation de pleine conscience). J'ai donc poursuivi ces recherches, ce qui m'a permis de mettre en lien trois notions : le cancer, la méditation de pleine conscience et l'ergothérapie. C'est avec l'ensemble de ces données que j'ai pu me questionner sur le sujet et **trouver une question de départ**.

En parallèle, je devais effectuer une **synthèse documentaire**. Celle-ci m'a beaucoup aidée dans les recherches, en français et en anglais. Elle m'a également permis de confronter les articles les uns aux autres, pour répondre à une question.

Ensuite, avec l'ensemble de mes recherches, j'ai trouvé les **concepts et les contextes** du sujet, afin de construire la question de recherche. Celle-ci a ensuite été présentée sous forme de poster, à ma maître de mémoire et ma référente pédagogique, afin de la valider. Après cela, j'ai pu **débuter l'écriture de la partie théorique**.

En parallèle de la partie théorique, j'ai commencé à **préparer et à élaborer la phase exploratoire**. En effet, j'ai dû choisir un outil exploratoire, à savoir l'entretien. J'ai expliqué la

méthodologie de cet outil car je n'ai pu prendre contact avec la population, du fait de la crise sanitaire. Il a donc fallu effectuer une grille d'analyse, reprenant les thématiques et les indicateurs du mémoire justifiés, pour pouvoir construire mon guide d'entretien. Chaque question a été expliquée afin de comprendre pourquoi elle a été posée et dans quel but. Enfin, j'ai pu apporter des perspectives professionnelles et des préconisations, pouvant être appliquées en tant qu'ergothérapeute.

Il me semble également important d'inclure les rendez-vous pédagogiques et prises de contacts dans les étapes clés du mémoire. Ces échanges ont marqué le passage à de nouvelles étapes et m'ont permis de progresser.

Je finis le mémoire par un retour réflexif, qui va m'aider à analyser ma pratique sur le mémoire et sur moi-même. Cette analyse me permettra de me remettre en question, ce qui est indispensable en tant que professionnel et tout au long de notre vie.

Ce mémoire présente des **limites et des catalyseurs**.

Une des limites que j'ai rencontrée dans ce mémoire a été le nombre d'articles français sur ce sujet. En effet, il y en a très peu, associant la méditation de pleine conscience, le cancer et l'ergothérapie. J'ai donc élargi mes recherches dans d'autres pays où les pratiques sont plus développées.

Une autre limite du mémoire a été l'absence de prise de contact avec les enquêtés pour les entretiens. En effet, il a été difficile pour moi, de ne pas avoir de résultats concrets à mes questions, de pouvoir les exploiter et les comparer. L'avis de professionnels pratiquant cette méditation auprès des personnes atteintes de cancer m'aurait été bénéfique et formateur car il m'aurait permis d'avoir différentes visions et applications de la pratique en ergothérapie.

Concernant les catalyseurs de mon mémoire, le choix large de la pathologie m'a aidée dans mes recherches. J'ai privilégié la pathologie de manière générale, afin de toucher une plus grande population et avoir plus de ressources pour réussir à valider mon questionnaire. De plus, le fait de ne pas avoir ciblé un type de cancer, permet aux professionnels d'avoir une vision plus globale de la pratique, de ses effets et de son application.

La notion d'équilibre occupationnel me semble également être un catalyseur dans ce mémoire. Il est important de l'évoquer et de le mettre en lumière afin de sensibiliser les professionnels. De plus, ce terme a une place importante dans le domaine de la cancérologie

notamment du fait de l'altération de santé des patients et le retentissement des répercussions dans leur quotidien.

Mettre en avant cette pratique méditative encore peu utilisée en ergothérapie est également bénéfique dans notre profession. En effet, elle m'a apportée de nombreuses connaissances en tant que chercheuse. Elle m'a permis d'approfondir certaines thématiques du mémoire ainsi que de voir la place de l'ergothérapeute dans ce domaine.

Ce mémoire d'initiation à la recherche a aussi été un **travail sur moi-même, avec des difficultés et des ressources.**

L'une des difficultés rencontrées a été le temps de lecture que je me suis accordée. En effet, je voulais avoir le maximum de données avant de commencer l'écriture. Cependant, j'ai pris trop de temps aux lectures et je n'arrivais pas à écrire en parallèle. Il a donc fallu que je réajuste mon organisation de travail.

Une autre difficulté que j'ai rencontrée a été de m'auto-évaluer au cours de ce travail. Je devais ainsi essayer de me mettre à la place du lecteur, afin de voir les points compréhensibles ou non, et transmettre les bonnes informations. J'ai ressenti cette difficulté car cela me remettait sans cesse en question, avec de nouvelles corrections à chacune de mes lectures. Cependant, après ce travail, cela m'a été bénéfique car j'ai acquis une meilleure posture professionnelle, en me remettant en question sur mes choix.

J'ai également mis à profit mes ressources pour arriver à élaborer ce mémoire. La motivation et l'engagement ont été les ressources les plus prédominantes dans la réalisation de celui-ci. En effet, j'ai choisi des thèmes qui m'intéressaient fortement. Cette motivation m'a donc portée tout au long du mémoire, afin de réussir à répondre à mon questionnement et voir plus loin dans ma pratique.

La communication autour de moi par rapport à ce sujet a aussi été une ressource. En effet, je pouvais en discuter auprès de mon entourage, sans tabou. Le fait d'en parler, m'a aidée à mieux comprendre certains points et les confronter.

Le travail régulier a également été une ressource pour moi. Il m'a permis d'effectuer ce mémoire en suivant les étapes clés et me rassurer de son avancée. J'ai pu aménager mon temps de travail, de manière homogène, en écoutant mes besoins.

Pour mener à bien ce travail, j'ai dû m'organiser. En effet, je me suis donnée des dates butoirs pour les écrits, afin d'atteindre mes objectifs. Les rendez-vous pédagogiques m'ont également aidée à les planifier. L'utilisation d'un carnet pour noter les éléments pertinents que je rencontrais a aussi été un outil bénéfique car il m'a permis de revoir certaines notions tout au long du mémoire.

Ainsi, ce travail m'a beaucoup apportée, que ce soit personnellement ou dans ma pratique professionnelle. Les connaissances acquises et la réflexion m'aideront à prendre en soin plus aisément ces patients, en leur proposant des axes concrets d'améliorations en ergothérapie. De plus, la méditation de pleine conscience est un moyen thérapeutique que je peux désormais transposer dans ma future pratique auprès des patients et sur moi-même.

Après avoir terminé ce travail, j'ai remarqué que certaines étapes ont été effectuées plus aisément que d'autres. En effet, j'ai eu quelques difficultés à me projeter lors de la préparation de l'entretien car je ne pouvais les faire passer. La justification des indicateurs et des questions m'a donc aidée à construire l'outil avec plus de réflexion et de temps à rédiger.

En revanche, la partie préconisation m'a semblée plus fluide à réaliser car cette partie est concrète et peut s'appliquer dans notre pratique. Les autres étapes du mémoire (la partie théorique) ont été effectuées au fur et à mesure des dates butoirs, ce qui m'a rassurée et permis de les réussir à mon rythme.

Si ce travail de fin d'étude était à refaire, je souhaiterais pratiquer sur le terrain. En effet, j'irais au contact des ergothérapeutes pour recueillir leur avis, leur ressenti et leur expérience. Je passerais des entretiens, ce qui me permettrait d'analyser et confronter les différents témoignages. Pour m'aider, je pourrais également préparer une grille de codification des indicateurs, ce qui faciliterait mon analyse des entretiens. Je pourrais également proposer mon projet à des ergothérapeutes en allant sur le terrain ou dans les terrains de stage pour qu'ils puissent expérimenter et donner des retours concernant les effets de la pratique de méditation de pleine conscience auprès des patients atteints de cancer. Je pourrais alors transmettre mes connaissances pour améliorer la pratique des ergothérapeutes.

VIII. Conclusion

L'ergothérapie est une profession de santé en plein essor et devient de plus en plus reconnue en France. Cependant, à ce jour, cette profession est peu développée dans le domaine de la cancérologie. Le cancer est pourtant une pathologie prenant de l'ampleur dans notre société. Il est la deuxième cause de décès dans le monde d'après l'Organisation Mondiale de la Santé. Il apporte également de nombreuses répercussions physiques et psychiques pouvant altérer le quotidien de la personne et son équilibre occupationnel.

Une équipe pluridisciplinaire prend en soin ces patients, avec des objectifs communs pour chaque professionnel. L'amélioration de la qualité de vie du patient est l'un de ces objectifs. L'ergothérapeute possède de nombreuses compétences pouvant être transposées pour ces patients et ainsi être inclus au sein de l'équipe.

Par les activités de vie quotidienne et moyens thérapeutiques proposés, il agit sur les répercussions du cancer et in fine sur la qualité de vie et l'équilibre occupationnel sur le long terme. La méditation de pleine conscience est un de ces moyens utilisés.

Peu développée dans notre profession, cette méditation est pratiquée selon divers objectifs, avec différentes pratiques et programmes. Elle apporte des effets tant sur le plan physique, que psychique comme par exemple la réduction de l'anxiété, très présente chez les patients atteints de cancer. Ces effets peuvent alors avoir un impact sur la qualité de vie du patient et plus généralement dans son quotidien.

L'ergothérapeute, expert des activités quotidiennes, va accompagner le patient à retrouver le juste milieu dans l'ensemble de ses occupations. En revanche, c'est avec l'ensemble des professionnels et de l'engagement du patient, qu'il pourra retrouver cet équilibre sur le long terme.

Ce travail de fin d'étude nous permet de mettre en lumière un moyen thérapeutique, peu utilisé dans notre profession, participant à l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de cancer. Nous nous demandons ainsi, en tant que futur ergothérapeute, si ce moyen peut être utilisé dans d'autres domaines et plus particulièrement en pédiatrie ? Est-il possible de l'appliquer auprès des enfants présentant un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyper activité ? Et aux enfants présentant des particularités sensorielles ?

BIBLIOGRAPHIE

Albany, D., Tal, J., & Backman, C. L. (2010). *Measuring Occupational Balance : A Theoretical Exploration of Two Approaches*. doi : 10.2182/cjot.2010.77.5.4

American Occupational Therapy Association. (1999). Definition of OT Practice for the AOTA Model Practice Act. *American Journal of Occupational Therapy*, 53(6), 608-608. doi : 10.5014/ajot.53.6.608

André, C. (2010, octobre). La méditation de pleine conscience. Être pleinement conscient de l'instant et de ses sensations, pensées et émotions : Cette attitude prônée par les sagesses orientales suscite l'intérêt des neuroscientifiques et psychologues, car elle favorise un état mental qui prémunit contre le stress et la dépression. *Cerveau&psycho*, 41.

André, C. (2012). Méditer, pour une vie plus saine. *Cerveau&psycho*, 52, 34-40.

André, C. (2019). *Méditation et spiritualité*. <https://www.franceinter.fr/emissions/le-temps-de-mediter/le-temps-de-mediter-24-aout-2019>

Association pour le Développement de la Mindfulness. (2021). *La formation continue*. <https://www.association-mindfulness.org/la-formation-continue.php>

Backman, C. L. (2004). *Occupational Balance : Exploring the Relationships among Daily Occupations and Their Influence on Well-Being*. doi : 10.1177/000841740407100404

Barreyre, J.-Y. (1995). *Dictionnaire critique de l'action sociale* (Bayard).

Berghmans, C., Tarquinio, C., Kozhokar, M., & Strub, L. (2009). La méditation comme outil psychothérapeutique complémentaire : Une revue de question. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 19(4). doi :10.1016/j.jtcc.2009.09.001

Bourguignon, A. (1997). *De la pluri à la transdisciplinarité*. <https://ciret-transdisciplinarity.org/locarno/loca5c1.php>

Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients—An hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10(3), 124-127. doi : 10.1136/jme.10.3.124

Carlson, L. E., & Speca, M. (2015). *La pleine conscience, votre alliée face au cancer* (de Boeck).

Carmody, J., Bear A, R., Lykins L B, E., & Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of*

Clinical Psychology, 65(6), 613-626. doi : 10.1002/jclp.20579

Chiesa, A., Calati, R., & Serretti, A. (2011). Does mindfulness training improve cognitive abilities ? A systematic review neuropsychological findings. *Clinical psychology review*, 31(3), 449-464. doi : 10.1016/j.cpr.2010.11.003

Couzon, E. (2020). *La méditation de pleine conscience pas à pas* (ESF editeur).

Craven, J. L. (1989). Meditation and Psychotherapy. *The canadian Journal of Psychiatry*, 34(7), 648-653. doi : 10.1177/070674378903400705

Darmon, P. (1988). *Les premières campagnes de dépistage du cancer*.

Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli F, S., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan F, J. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570. doi : 10.1097/01.psy.0000077505.67574.e3

Day, H., & Jankey, S. G. (1996). Lessons from the literature : Toward a holistic model of quality of life. In *Quality of life in health promotion and rehabilitation : Conceptual approaches, issues, and applications*. (p. 39-50). Sage Publications, Inc.

Dionne, F., & Deschênes, L. (2016). La thérapie d'acceptation et d'engagement : Un modèle de supervision cognitivo-comportementale de la troisième vague (Acceptance and Commitment Therapy : A Third Wave Cognitive Behavioural Model of Supervision). *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, Online*.

Fischer, G.-N., Tarquinio, C., & Dodeler, V. (2020). Les bases de la psychologie de la santé : Chapitre 3. Stress et santé. (p. 69-101). Dunod

Fondation ARC. (2020). *Les cancers du sein*. <https://www.fondation-arc.org/support-information/brochure-cancers-sein>

Foucault, M.-L. (2017). La méditation de pleine conscience et l'ergothérapie. *Revue des ergothérapeutes du Québec*, 3.

Goudas, L. C., Bloch, R., Gialeli-Goudas, M., Lau, J., & Carr, D. B. (2005). The Epidemiology of Cancer Pain. *Cancer Investigation*, 23(2), 182-190. doi : 10.1081/CNV-50482

Hénépola Gunaratana, B. (2007). *Samatha et Vipassana*. L'UBF : Fédération des Associations Bouddhistes de France. <https://www.bouddhisme-france.org/sagesses-bouddhistes/revoir-toutes-les-emissions-tv/Samatha-et-Vipassana>

Hernandez, H. (2010). L'ergothérapie, une profession de réadaptation. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 30, 194-197. doi : 10.1016/j.jrm.2010.10.003

Institut National du Cancer. (2015). *Plan cancer 2014-2019*. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>

Isnard Bagnis, C. (2017). La méditation de pleine conscience *Chapitre II - VI - VII* (p. 25-32 puis p.66.77 puis p.78-84). Presses Universitaires de France.

Isselé, A. (2018). *De l'art d'habiter le quotidien—Quand la pleine conscience bonifie l'ergothérapie*.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context : Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. doi : 10.1093/clipsy.bpg016

Kabat-Zinn, J. (2012). *Au coeur de la tourmente, la pleine conscience* (J'ai Lu).

Kalfat, H., & Gonzalez, L. (2006). L'évaluation en ergothérapie : Quelles possibilités et quelles règles ? *ErgOTHérapies, ErgOTHérapies*, 15-19.

Keng, S.-L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of Mindfulness on Psychological Health : A Review of Empirical Studies. *Clinical psychology review*, 31(6), 1041-1056. doi : 10.1016/j.cpr.2011.04.006

Laval, G., Beziaud, N., Roisin, D., Carlin, N., Villard, M., Pellat, J.-M., Dubuc, M., Barnoud, D., Guillem, P., & Cahn, J.-Y. (2008). Soins de support et réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) : Un nouveau défi ? À propos de l'expérience d'un centre hospitalo-universitaire. *Oncologie*, 10, 598-603. doi : 10.1007/s10269-008-0923-2

Lenoir, F. (2016). *Philosopher et méditer avec les enfants* (Albin Michel).

Levasseur, M., St-Cyr Tribble, D., & Desrosiers, J. (2006). Analyse du concept qualité de vie dans le contexte des personnes âgées avec incapacités physiques. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. doi :10.2182/cjot.05.0013

McVeigh, R. (2017). Mindfulness in practice : Developing an occupational therapy niche. *Occupational Therapy Now*, 17(3).

Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation* (1ère édition). de Boeck.

Midal, F. (2014). *Introduction* (p. 3-14). Presses Universitaires de France.

Mirabel-Sarron, C., & Sala, L. (2018). Pratiquer la thérapie de la pleine conscience (MBCT) pas à pas. Chapitre 1 (p. 12-35). Dunod

Montreuil, M., Tazopoulou, E., & Truelle, J.-L. (2009). *La qualité de vie ou l'intérêt de la subjectivité de l'opinion individuelle*.

Ngô, T.-L. (2014). Revue des effets de la méditation de pleine conscience sur la santé mentale et physique et sur ses mécanismes d'action. *Santé Mentale Au Québec*, 38(2), 19-34. doi : 10.7202/1023988ar

OMS | Cancer. (2020). WHO; World Health Organization. <http://www.who.int/topics/cancer/fr/>

Penfold, S. L. (1996). *The role of the occupational therapist in oncology*. 22(1), 75-81. doi : 10.1016/S0305-7372(96)90016-X

Poinsot, R., & Illy, J. (2016). La méditation de pleine conscience (mindfulness) en oncologie. *Cancer(s) et psy(s)*, 2(1), 74-83. doi : 10.3917/crpsy.002.0074

Reed, K. L., & Sanderson, S. N. (1999). *Concepts of occupational therapy*.

Rommelure, E. (2019). *Aux origines de la méditation*. France Culture. <https://www.franceculture.fr/religion-et-spiritualite/aux-origines-de-la-meditation>

Rosman, S. (2004). L'expérience de la fatigue chez les malades atteints de cancer. *Santé Publique*, 16(3), 509-520. doi : 10.3917/spub.043.0509

Sanson, K. (2006). Pluridisciplinarité : Intérêt et conditions d'un travail de partenariat. *Le Journal des psychologues*, 242(9), 24-27. doi : 10.3917/jdp.242.0024

Schoendorff, B., Grand, J., & Bolduc, M.-F. (2011) *La Thérapie d'acceptation et d'engagement* (p. 15-21). De Boeck Supérieur.

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Austin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386. doi : 10.1002/jclp.20237

Sophie Allemand, F. B. B. (2020, juillet 15). *Coronavirus : Des séances de méditation pour les soignants au CHU de Dijon*. <https://www.francebleu.fr/infos/societe/coronavirus-des-seances-de-meditation-pour-les-soignants-au-chu-de-dijon-1594834007>

Soum-Pouyalet, F., Sorita, É., & Belio, C. (2018). *Le cancer : Un regard sociologique* (p. 212-232). La Découverte.

Stagno, D., Stiefel, I., & Rousselle, P. (2005). *Diagnostic et traitement de la dépression chez les patients souffrant de cancer*. 1.30170.

Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression : Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 275-287. doi : 10.1037/0022-006X.70.2.275

Wagman, P., Jonsson, H., & Hakansson, C. (2015). *Occupational Balance : A scoping Review of current Research and Identified Knowledge Gaps*. Actes du colloque OHS « Les sciences de l'occupation ».

Wilcock, A. A., Chelin, M., Hall, M., Hamley, N., Morrison, B., Scrivener, L., Townsend, M., & Treen, K. (1997). The relationship between occupational balance and health : A pilot study. *Occupational Therapy International*, 4(1), 17-30. doi : 10.1002/oti.45

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

InCa : Institut National du Cancer

SPF : Santé publique France

HAS : Haute Autorité de Santé

AFSOS : Association Francophone des Soins Oncologiques de Support

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

ENOTHE: European Network of Occupational Therapy in Higher Education

RCP : Réunions de Concertation Pluridisciplinaire

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

ACT : Thérapie d'acceptation et d'engagement

MBSR : Thérapie de réduction du stress basée sur la pleine conscience

MBCT : Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience

MBCR : Thérapie de récupération du cancer basée sur la pleine conscience

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

DSM-V : 5^{ème} édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Proportion des cancers liés aux principaux facteurs de risques, Institut National du Cancer, 2021

Figure 2 : Définition de la qualité de vie, Calman, 1984

Figure 3 : Les divers indicateurs de la qualité de vie (D'après Nordenfelt, 1994)

Tableau I : Diagnostic et clinique en pratique oncologique – Référentiels en soins oncologiques de support – AFSOS, 2018

Tableau II : Thématiques et indicateurs

Tableau III : Justification des indicateurs : l'ergothérapeute auprès des patients atteints de cancer

Tableau IV : Justification des indicateurs : La méditation de pleine conscience

Tableau V : Justification des indicateurs : L'équilibre occupationnel

TABLE DES ANNEXES

Annexe I : Le guide d'entretien

Annexe II : Unité d'enseignement 4.8

Annexe III : Fiche de direction de la séance collective en ETP

Annexe IV : Fiche de direction des séances du programme MBSR

Annexe V : Modalités du programme MBSR

Annexe VI : Fiche de direction de la séance individuelle en ETP

Annexe I : Le guide d'entretien

Thèmes	Questions
Début d'entretien	- Depuis combien de temps exercez-vous le métier d'ergothérapeute ? » - Quel est votre parcours professionnel (types de structures, populations rencontrées, domaines d'exercices comme la rééducation, réadaptation, réinsertion...) ? - Dans quelle structure travaillez-vous actuellement ? - Quel type de population rencontrez-vous globalement ?
L'ergothérapeute auprès des patients atteints de cancer	Avez-vous le sentiment que les ergothérapeutes interviennent fréquemment en oncologie ? Selon votre expérience et votre point de vue, quelles sont les compétences et les ressources que peut mobiliser l'ergothérapeute afin de participer à ces prises en soins ? Quels objectifs globaux vous semblent importants à mettre en place pour ces patients ? <i>Question supplémentaire : L'amélioration de la qualité de vie intervient-elle comme l'un de vos objectifs dans la prise en soin ?</i> Comment définiriez-vous cette notion de qualité de vie ? et la qualité de vie auprès des patients atteints de cancer ? <i>Questions complémentaires : Quels sont les répercussions fréquentes (physiques et psychiques) altérant cette qualité de vie, que vous avez pu rencontrer chez ces patients ?</i> Utilisez-vous un outil spécifique pour mesurer la qualité de vie ? Afin d'améliorer cette qualité de vie, avez-vous déjà mis en place des moyens thérapeutiques spécifiques pour ces patients/ou pensé à mettre à mettre en place ? Si oui, lesquels ? <i>Question supplémentaire : La méditation de pleine conscience peut-elle être pour vous un moyen thérapeutique auprès de ces patients, comme les approches que vous avez citées ?</i>
La méditation de pleine conscience	Qu'est-ce que la méditation de pleine conscience pour vous ? <i>Questions complémentaires :</i> · Comment l'avez-vous connue ? · Comment vous êtes-vous initié à cette pratique ?

	Quelle relation pouvez-vous fonder entre cette pratique et l'ergothérapie ?
	Pratiquez-vous celle-ci auprès des patients atteints de cancer ? Si oui, pourquoi et comment ? Questions complémentaires : · Utilisez-vous un programme particulier ? Lequel ? · Quelle est la durée/fréquence de ces mises en pratique ?
	Quels effets avez-vous pu observer avec l'utilisation de cette pratique chez ces patients ? Y-a-t-il eu un changement dans leur vie quotidienne ? Questions complémentaires : · Avez-vous remarqué une baisse de l'anxiété chez ces patients ? · Pouvez-vous nous donner une situation/action concrète qui a été améliorée dans le quotidien de la personne ?
	Quels effets avez-vous pu observer avec l'utilisation de cette pratique chez ces patients ? Y-a-t-il eu un changement dans leur vie quotidienne ?
L'équilibre occupationnel	Selon votre expérience, comment visualisez-vous l'équilibre entre les activités de vie quotidienne du patient atteints de cancer ? (Dans les 4 domaines de vie : soins personnels, loisirs, productivité, repos)
	Avec l'utilisation de la méditation de pleine conscience, avez-vous constaté un changement dans ces domaines ? Lequel ? et à quel moment ?
	Avez-vous un outil pour évaluer les différents domaines de vie du patient ? Lequel ?
Fin de l'entretien	Pensez-vous que le terme « équilibre occupationnel » est approprié suite à notre échange ? Pourquoi ?

Annexe II : Unité d'enseignement 4.8 (Ministère de la Santé et des Sports, 2010)

<i>Unité d'Enseignement 4.8 S5 : Techniques et outils d'éducation thérapeutique en ergothérapie</i>		
<i>Semestre : 5</i>		<i>Compétence : 5</i>
<i>CM : 20</i>	<i>TD : 20</i>	<i>T Perso : 14</i>
<i>ECTS : 2</i>		
<i>Pré-requis</i> UE 1.3 S1 Psychologie – psychologie de la santé UE 1.5 S1 Sociologie – anthropologie UE 2.3 S1 Dysfonctionnement des appareils musculo-squelettique et tégumentaire UE 2.4 S2 Dysfonctionnement des systèmes nerveux et sensoriels UE 2.5 S3 Dysfonctionnement cognitif et psychique UE 2.6 S4 Dysfonctionnement cardio-respiratoire et métabolique UE 3.6 S3 Médiation, relation et cadre thérapeutique UE 4.2 S3 Techniques et outils de relation et de communication UE 5.4 S3 Techniques de conception et conduite de projet		
<i>Objectifs</i> - Concevoir un programme éducatif - Elaborer des éléments de formation et d'information du public en vue d'une autonomie et d'une adhésion aux traitements - Proposer des techniques d'animation et de conduite de groupe en lien avec les situations et les objectifs d'éducation thérapeutique poursuivis		
<i>Eléments de contenu</i> Etude des notions : prévention, éducation, éducation thérapeutique, autonomie et pédagogie La démarche d'éducation thérapeutique : finalités, conception, méthode, évaluation La démarche d'éducation en situation écologique Techniques et système d'auto surveillance, d'auto administration Apprentissage des gestes techniques Conduite d'entretien Animation de groupe, approches psycho dynamique, systémique, comportementale Evaluation de la démarche d'éducation thérapeutique et mesure des effets		
<i>Recommandations pédagogiques :</i> Travail à partir des expériences de stage Travail en groupe		<i>Modalités d'évaluation</i> Production d'une démarche éducative : la forme pédagogique et son argumentation valident l'UE de pédagogie (4.8S5), le fond : contenu et adéquation au public visé valident l'UE d'éducation thérapeutique (4.8.S5) <i>Critères et modalités d'évaluation :</i> Pertinence de la démarche Qualité méthodologique de la démarche

Annexe III : Fiche de direction de la séance collective en ETP

Séance collective : Compétence : Gérer les répercussions de la maladie et des traitements par des moyens thérapeutiques spécifiques		
Cible(s) : patients atteints de cancer	Durée : 1h30	Nombre de participants : 8 personnes
Objectifs pédagogiques de l'atelier	- Connaître les répercussions possibles du cancer et les comprendre - Comprendre ce qu'est la méditation de pleine conscience - Connaître les enjeux de cette pratique et ses potentiels effets	
Intervenants	Ergothérapeute	
Modalités	L'animateur de cet atelier présente une question : « <i>proposer deux mots qui vous viennent à l'esprit lorsque je vous évoque les possibles répercussions du cancer, que vous avez peut-être déjà rencontrés</i> ». Le patient réfléchit à deux mots à inscrire sur deux post-it différents. Les mots seront ensuite classifiés dans un tableau à deux colonnes. Les catégories de ces colonnes seront : les répercussions physiques et les répercussions psychiques du cancer, sans les nommer dans un premier temps. Les participants détermineront ensemble les deux catégories correspondantes. Ils pourront évoquer ainsi des expériences vécues en lien avec ces mots. Le thérapeute va ensuite prendre toutes ses informations et proposer un moyen thérapeutique pouvant les aider. Il va donc faire le lien avec la méditation de pleine conscience puis l'ergothérapie. Cette partie se fera sous forme d'apport théorique et permettra la découverte de cette pratique pour le patient, qui choisira ou non d'y participer. Le thérapeute amènera ensuite une mise en pratique de la méditation de pleine conscience pour faire découvrir les participants. Il utilisera la méditation du grain de raisin. Les cinq sens seront stimulés pour être dans le moment présent.	
Méthodes/outils	1) Échange en groupe (méthode interrogative) 2) Apport théorique (méthode transmissive)	
Évaluation	L'évaluation s'effectue tout au long de la séance afin que les patients comprennent les répercussions possibles du cancer, ce qu'est la méditation de pleine conscience et en quoi peut-t-elle les aider dans leur quotidien.	
Matériel	- Tableau blanc - Post-it - Stylos - Grains de raisin	

Annexe IV : Fiche de direction des séances du programme MBSR

Programme Compétence : Gérer les répercussions de la maladie et des traitements par des moyens thérapeutiques spécifiques		
Cible(s) : patients atteints de cancer	Durée : 2h30 (x8)	Nombre de participants : 8 personnes maximum
Objectifs pédagogiques de l'atelier	- Prendre soin de soi - Gestion des répercussions, d'une manière formelle - Amélioration de la qualité de vie - Contribution à retrouver un équilibre occupationnel satisfaisant sur le long terme	
Intervenants	Ergothérapeute	
Modalités	Le programme mis en place sera basé sur le programme MBSR, de John Kabat-Zinn. Huit séances sont alors dispensées. Les exercices pourront être adaptés en fonction du patient (position douloureuse par exemple). Les débuts de séance se dérouleront toujours par un échange entre participants et thérapeute afin de connaître leur ressenti avant le démarrage de séance, leurs objectifs, leurs appréhensions. Le thérapeute expliquera ensuite les divers exercices qu'ils vont expérimenter pour méditer en pleine conscience. Pour finir, un nouvel échange aura lieu en fin de séance afin d'avoir le ressenti de chacun, leur perception des exercices, les sensations dans leur corps, les changements qu'ils ont constatés et autres éléments qu'ils souhaitent partager.	
Méthodes/outils	Méthode transmissive	
Évaluation	Tout au long des séances	
Matériel	· Tapis de sol · Coussins (pour adapter la posture) · Chaises · Grains de raisin (semaine 1-2)	

Annexe V : Modalités du programme MBSR

(Récapitulatif succinct du programme que nous mettrions en place) – (Couzon, 2020)

Semaine 1 -2	<u>Immersion et entrée dans la pratique</u> · Méditation du grain de raisin · Body scan · Méditation du souffle (en position assise)
Semaine 3-4	<u>Lier le corps et l'esprit</u> · Alternance entre yoga/méditation assise ou alternance entre marche en pleine conscience/méditation assise · Respiration
Semaine 5-6	<u>L'acceptation</u> · Méditation assise avec soit yoga, soit marche en pleine conscience, soit body scan · Respiration
Semaine 7-8	<u>Fin du programme : début du travail vers la pratique informelle</u> Pratique d'un exercice de méditation de pleine conscience au choix + respiration

Annexe VI : Fiche de direction de la séance individuelle en ETP

Séance individuelle : Compétence : Gérer les répercussions de la maladie et des traitements par des moyens thérapeutiques spécifiques		
Cible : patient atteint de cancer	Durée : 1h30	Nombre de participants : 1
Objectifs pédagogiques de l'atelier	- Prendre soin de soi - Approfondir la gestion des répercussions (physiques/psychiques) de manière informelle - Transposer et adapter la pratique dans son quotidien - Amélioration de la qualité de vie - Contribution à retrouver un équilibre occupationnel satisfaisant sur le long terme	
Intervenant	Ergothérapeute	
Modalités	L'ergothérapeute va échanger avec le patient afin de connaître ses besoins, ses attentes, ses objectifs dans la vie quotidienne. Ensuite, l'ergothérapeute lui propose d'effectuer un planning de sa semaine. Il classera chaque occupation dans un tableau à deux colonnes. Les deux colonnes sont : Les occupations problématiques et les occupations satisfaisantes. Le but de ce travail est de prendre conscience des ressentis de chaque activité. Cet exercice amorce la pratique informelle de pleine conscience. Pour finir, le patient va choisir une activité problématique parmi celles rencontrées, qu'il expérimentera (avec la présence de l'ergothérapeute) en pleine conscience afin que le patient puisse reproduire ce schéma dans ses activités de vie quotidienne.	
Méthodes/outils	Méthode interrogative	
Évaluation	Le planning sert d'auto-évaluation pour le patient. Un bilan régulier sera effectué, en recommençant ce planning, permettant ainsi de visualiser l'évolution et le ressenti des différentes activités. Sur le long terme, ce planning nous permettra d'évaluer l'équilibre occupationnel du patient.	
Matériel	- Feuille A3 : planning - Stylos	

PROMOTION : 2018-2021

NOM ET PRENOM : GRAFF SOPHIE

La méditation de pleine conscience et le cancer, en ergothérapie

Contexte : Le cancer est une pathologie de plus en plus répandue. Actuellement, il est la deuxième cause de décès dans le monde. Le cancer entraîne des répercussions sur la personne et son quotidien. Une équipe pluridisciplinaire accompagne le patient dont l'ergothérapeute, intervenant sur ces répercussions. **Concept :** L'ergothérapeute souhaite améliorer la qualité de vie de ses patients et leur permettre de retrouver un équilibre occupationnel satisfaisant. La méditation de pleine conscience prône des objectifs similaires à celui de l'ergothérapeute notamment l'amélioration de la qualité de vie, les bénéfices physiques, et psychologiques. **Objectif :** Dans cette étude, nous cherchons à savoir « en quoi la méditation de pleine conscience peut être un moyen thérapeutique en ergothérapie pour améliorer la qualité de vie des patients atteints d'un cancer ? » **Méthodologie :** Afin de répondre à cette question, nous interrogeons, par un entretien semi-directif, 4 à 6 ergothérapeutes pratiquant la méditation de pleine conscience avec ces patients. Notre but est de recueillir leurs expériences et leurs vécus. **Résultats/discussion :** Il en ressort que l'utilisation de la pleine conscience pourrait réduire l'anxiété chez ces patients, et contribuer à retrouver un équilibre occupationnel sur le long terme. L'ergothérapeute a un rôle clé dans cette pratique, agissant d'une part sur la personne et son environnement.

MOTS CLES : Ergothérapie - Méditation - Pleine conscience – Répercussions du cancer

Mindfulness Meditation and Cancer in Occupational Therapy

Background: Cancer is an increasingly common disease. It is currently the second leading cause of death in the world. Cancer has many impacts on patients but also on their daily lives. A multidisciplinary team supports cancer patients, including occupational therapists (OTs), working on its effects. **Concept:** The OTs' role is to improve the quality of life of their patients and allow them to find a satisfactory occupational balance. Mindfulness meditation has same purposes to occupational therapists, namely improving quality of life, with expected physical and psychological benefits. **Objective:** The aim of this study is to find out how mindfulness meditation can be a therapeutic tool in occupational therapy to improve the quality of life of cancer patients. **Method:** In order to address this issue, we interview would have interviewed four to six occupational therapists who practice mindfulness meditation with these patients. Our goal would have been then to collect their experiences. **Results/Discussion:** The expected results would then have been that mindfulness practice could reduce anxiety in these patients, and help restore long-term occupational balance. The occupational therapist has a key role in this practice, acting on the individual and also on his environment.

KEYWORDS: Occupational therapy – Meditation – Mindfulness – Cancer repercussions

MAITRE DE MEMOIRE : Muriel LAUNOIS, ergothérapeute D.E