

Le retour au travail après un cancer

Etude descriptive de l'expérience de soignant·e·s en Suisse romande

Mathilde BAVAREL

Lisa DELACOMBAZ

Léonie STÄMPFLI

Travail présenté pour l'obtention du

Bachelor of Science HES-SO en ergothérapie

Haute école de travail social et de la santé Lausanne | HETSL | Lausanne

Le jury d'évaluation :

- Marion Gecaj, directrice
- Michelle Monin, co-directrice

Lausanne, août, 2024

REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail, de quelque manière que ce soit. Leur soutien, leurs conseils et leurs encouragements ont été inestimables tout au long de ce projet.

Nous souhaitons remercier particulièrement Madame Marion Gecaj, notre directrice de travail de bachelor, pour son intérêt constant, son soutien indéfectible, ses précieux conseils, ses idées novatrices, ses nombreuses relectures et sa patience infinie. Son accompagnement a été essentiel pour la réussite de cette étude.

Nous exprimons également notre reconnaissance à Madame Michelle Monin, notre co-directrice de travail de bachelor, pour ses nombreux conseils avisés, son suivi attentif et ses relectures méticuleuses. Son expertise et son soutien ont grandement enrichi notre travail.

Nos remerciements vont également à nos cinq participant·e·s, sans qui cette étude n'aurait pas été possible. Leur disponibilité, leur sincérité et la richesse de leurs témoignages ont été au fondement de cette recherche. Nous leur sommes profondément reconnaissantes pour leur contribution inestimable.

Nous tenons à remercier nos proches pour leurs relectures attentives, leurs conseils avisés et leur soutien constant tout au long de ce travail. Leurs encouragements et leur aide ont été des piliers essentiels durant de cette aventure académique.

Enfin, nous adressons nos plus chaleureux remerciements à nos ami·e·s et proches qui nous ont soutenues durant toutes nos études, tant dans les bons moments que dans les plus difficiles. Leur présence et leur soutien nous ont été précieux et nous ont permis de mener à bien nos études.

Merci à tous·tes

Ce travail a été réalisé dans le cadre d'un travail de bachelor pour l'obtention de 15 ECTS. Le contenu et les opinions émises dans le travail n'engagent que les autrices. La responsabilité de l'école se limite à la définition et au contrôle de l'atteinte des objectifs pédagogiques relatifs aux travaux de bachelor.

1. RÉSUMÉ

Introduction. En Suisse, chaque année, environ 16'000 personnes de moins de 64 ans et ainsi en âge de travailler sont diagnostiquées d'un cancer (Organisation mondiale de la Santé, 2020). Une grande partie de cette population reprend une activité professionnelle après la maladie, y compris celles et ceux exerçant dans le secteur de la santé. Bien qu'il existe une littérature sur le retour au travail après un cancer, elle se concentre généralement sur des populations plus larges, sans prendre en compte les particularités des professionnel·le·s de la santé ayant vécu cette expérience. Ceci laisse donc un vide dans la compréhension des défis uniques qu'ils·elles rencontrent. Ces défis comprennent non seulement les aspects physiques et psychologiques liés à leur propre expérience de la maladie, mais aussi la difficulté accrue de réintégrer un métier physiquement et émotionnellement exigeant. En plus de gérer leurs propres symptômes post-cancer, ils·elles doivent faire face à la détresse et aux souffrances des patient·e·s, qui peuvent parfois refléter leurs propres expériences. Cette étude s'intéresse aux professionnel·le·s de la santé HES (niveau de formation bachelor en haute école spécialisée). La question de recherche principale est : « Comment les professionnel·le·s de la santé HES atteint·e·s d'un cancer vivent-ils·elles la reprise d'une activité professionnelle dans le milieu des soins ? ».

Buts. Le but de ce travail est d'explorer l'expérience du retour au travail des soignant·e·s atteint·e·s par le cancer. Ainsi, ce travail pourrait permettre une meilleure compréhension de ce que vit cette population, améliorer l'accompagnement et enrichir la réflexion sur les moyens de limiter l'épuisement ou les ruptures de parcours professionnels dans ces professions.

Méthode de recherche. Ce travail a été réalisé à l'aide d'une méthodologie qualitative descriptive. Une stratégie d'échantillonnage raisonné a été adoptée afin de constituer un échantillon ciblé. La méthode de recrutement a consisté à utiliser la technique de boule de neige, complétée par l'utilisation de réseaux en ligne, pour identifier et recruter les participant·e·s de l'échantillon. Une fois le nombre de participant·e·s voulu·e·s atteint, des entretiens individuels semi-structurés ont été effectués auprès de cinq participant·e·s.. Les données récoltées ont ensuite été retranscrites puis analysées selon la méthode d'analyse thématique afin de répondre à la question de recherche.

Résultats. L'analyse des résultats met en lumière le sens et les motivations du retour au travail après un cancer, tout en révélant les obstacles et les facilitateurs qui influencent ce processus. Les participant·e·s expriment une réévaluation de leurs priorités, plaçant leur bien-être

personnel au centre de leurs préoccupations. Cette expérience de vie, bien qu'éprouvante, favorise également une transformation de leur posture professionnelle, enrichissant leur capacité à établir des liens empathiques avec leurs patient·e·s. Ainsi, le retour au travail apparaît comme une période à la fois difficile et riche en opportunités de croissance personnelle et professionnelle.

Discussion/conclusion. Cette étude révèle les défis rencontrés par les professionnel·le·s de la santé lors de leur retour au travail après un cancer, notamment les difficultés relationnelles liées à la stigmatisation, les préjugés, et les effets secondaires persistants tels que la fatigue et la fragilité physique. Les participant·e·s ont souligné la nécessité d'un soutien social approprié de la part des collègues et de la hiérarchie, ainsi que d'un cadre de travail flexible avec des adaptations spécifiques. Ils·elles ont également indiqué l'importance des activités extra-professionnelles pour maintenir un équilibre entre vie professionnelle et personnelle. Les changements observés incluent une réévaluation des priorités personnelles, avec un travail devenu moins central, et une approche professionnelle plus empathique. L'ergothérapie, malgré son absence notable parmi les participant·e·s, apparaît comme cruciale pour gérer les effets secondaires, adapter l'environnement de travail, et faciliter une transition en douceur vers une vie professionnelle active. Les résultats permettent de répondre aux sous-questions sur l'évolution des parcours professionnels, les difficultés rencontrées, les changements observés, et les besoins relatifs au retour au travail, et ainsi à la question de recherche principale.

Mots clés. Cancer – professionnel de la santé – retour au travail – suisse romande

TABLE DES MATIÈRES

1. Résumé	2
2. Recension des écrits.....	6
2.1. Le cancer – généralités	6
2.2. Les différents impacts du cancer	7
2.2.1. Les impacts physiques	7
2.2.2. Les impacts sociaux	8
2.2.3. Les impacts occupationnels.....	9
2.2.4. Les impacts émotionnels et psychologiques	10
2.2.5. Les impacts positifs du cancer	10
2.3. L'identité et le cancer.....	11
2.3.1. Les rôles et l'identité dans la démarche ergothérapeutique.....	11
2.3.2. L'influence du cancer sur l'identité	12
2.3.3. L'identité sociale.....	13
2.3.4. L'identité professionnelle	13
2.4. Le retour au travail après un cancer	14
2.4.1. L'impact du cancer sur le parcours professionnel	14
2.4.2. Les aspects légaux	15
2.4.3. L'importance du retour au travail.....	16
2.4.4. Les changements rencontrés et l'impact sur le rapport au travail	17
2.4.5. Les facteurs facilitateurs et les obstacles au retour au travail	18
2.5. Être soignant·e et atteint d'un cancer.....	20
3. Problématique.....	23
4. Buts et question de recherche.....	25
5. Méthodologie.....	26
5.1. Le devis de recherche	26
5.1.1. L'échantillonnage	26
5.1.2. La méthode de collecte de donnée	28
6. Considérations éthiques	30
7. Résultats de l'analyse de données	31
7.1. Tableau de présentation des résultats.....	33
7.2. Le sens et les motivations du retour au travail	33
7.2.1. Retourner à la normale et s'éloigner de la maladie	34
7.2.2. L'épanouissement professionnel.....	34
7.3. Les facilitateurs du retour au travail	35
7.3.1. Les sources de soutien.....	36
7.3.2. Un cadre de travail favorable aux adaptations.....	37
7.3.3. Le recours à des ressources personnelles	39
7.4. Les obstacles du retour au travail	40

7.4.1.	Les perturbations des dynamiques relationnelles.....	40
7.4.2.	Les effets secondaires qui limitent la performance professionnelle.....	42
7.4.3.	Les contraintes spécifiques du travail dans le secteur de la santé.....	43
7.4.4.	La diminution de la confiance en ses compétences professionnelles.....	45
7.5.	Les changements perçus lors du retour au travail.....	46
7.5.1.	Le changement des priorités.....	46
7.5.2.	L'enrichissement de la posture professionnelle.....	47
8.	<i>Discussion</i>.....	51
8.1.	Comment évolue les parcours professionnels ?.....	51
8.2.	Quelles difficultés et quels changements sont rencontrés ?.....	53
8.3.	Quels sont les besoins relatifs au retour au travail ?.....	57
8.4.	Les limites de la recherche.....	60
8.1.	Les recommandations de nouvelles recherches.....	61
8.2.	L'intérêt pour le milieu professionnel.....	62
9.	<i>Conclusion</i>.....	65
	<i>Références</i>.....	67
	<i>Annexe</i>.....	77
	Annexe 1: Guide d'entretien.....	77

2. RECENSION DES ÉCRITS

2.1. Le cancer – généralités

Le cancer est une maladie qui peut se manifester dans tous les organes et tissus du corps humain. Cette pathologie est due au développement anormal de cellules à la suite de mutations. Chez les hommes, les cancers les plus courants sont ceux de la prostate, des poumons, ainsi que le cancer colorectal. Chez les femmes, les plus répandus sont le cancer du sein, des poumons et le colorectal (Organisation mondiale de la Santé, 2022). Les principaux facteurs de risque de ce groupe de maladies sont : l'âge, les facteurs héréditaires, le tabagisme, une mauvaise alimentation, un manque d'activité physique, ainsi qu'une forte consommation d'alcool (Organisation mondiale de la Santé, 2022).

En Suisse, une personne sur cinq développe un cancer avant 70 ans. Cette pathologie peut survenir à n'importe quel moment de la vie, mais le risque augmente avec l'âge. En moyenne, on recense 45'000 nouveaux cas par an en Suisse, dont 24'000 chez les hommes et 21'000 chez les femmes. Bien que la tranche d'âge où le plus grand nombre de nouveaux cas soit diagnostiqué se situe entre 70 et 74 ans (Office fédéral de la statistique, 2022), environ 16'000 nouveaux cas par an sont diagnostiqués chez les adultes de moins de 64 ans, soit une population en âge de travailler. En 2020, le cancer était l'une des principales causes de mortalité dans le monde, avec un total d'environ 10 millions de décès (Organisation mondiale de la Santé, 2020). Le cancer est la deuxième cause de décès en Suisse. Chez les hommes et les femmes âgé·e·s de 45 à 84 ans, il en est même la première cause. Ce groupe de maladies causerait environ 17'000 décès par an en Suisse. Cependant, 67 % des personnes diagnostiquées d'un cancer sont encore en vie 5 ans plus tard (Office fédéral de la statistique, 2022). En Suisse, on estime aujourd'hui à 400'000 le nombre de personnes ayant survécu à un cancer. Il s'agit aujourd'hui d'une maladie chronique qui comporte un risque de récurrence. À la suite d'un cancer, il est fréquent que les personnes présentent une diminution de leurs capacités physiques, de l'anxiété, des problèmes de poids ou encore des troubles du sommeil (Ligue contre le cancer, 2022a).

2.2. Les différents impacts du cancer

2.2.1. Les impacts physiques

Les symptômes et les effets secondaires varient selon le type de cancer et le traitement administré. Les effets peuvent être causés par le cancer en lui-même ou par les traitements administrés (Bower, 2014).

Le symptôme le plus couramment rapporté par les personnes atteintes d'un cancer est la fatigue (La Cour et al., 2008). Elle est présente à toutes les étapes de la maladie. Ce symptôme peut même persister pendant des années après la guérison du cancer (Thong et al., 2020). La fatigue chronique peut avoir différentes causes. Elle peut être due au cancer lui-même ou aux traitements administrés. En effet, les traitements entraînent fréquemment des effets indésirables qui peuvent également être la raison de cette fatigue. La pénibilité de ce symptôme impacte considérablement le quotidien des personnes malades (Bower, 2014).

Le deuxième symptôme le plus fréquent est la douleur. Il y a différents types de douleurs qui peuvent être causés par un cancer. Les douleurs directes sont catégorisées par une tumeur qui appuie directement sur une voie nerveuse. Les douleurs indirectes se présentent dans le cas de complications ou à la prise d'un traitement (Gale, 2022).

Le cancer amène également des modifications corporelles. Le traitement par chimiothérapie et radiothérapie peut entraîner une perte de cheveux, de cils et des sourcils. Une prise ou une perte de poids sont aussi régulièrement observables. Certains cancers nécessitent une ablation et engendrent parfois des cicatrices conséquentes. La peau peut devenir sèche et sensible, et les ongles deviennent fragiles (Ligue contre le cancer, 2022b).

À la suite d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie, des dysfonctionnements cognitifs sont fréquemment identifiés. Cette atteinte se désigne par les termes « chemo brain » ou « chemo fog » (Jacquin-Coutrois & Reilly, 2019). Cette appellation comprend différents types de déficits: « mnésiques, exécutifs, d'attention, de langage et/ou une altération de la vitesse de traitement de l'information » (Jacquin-Coutrois & Reilly, 2019, p. 297).

Les difficultés alimentaires sont également à notifier. Elles peuvent se manifester de différentes façons : « perte d'appétit, nausées, ballonnements, diarrhée ou constipation, troubles de la mastication et de la déglutition, inflammations douloureuses dans la bouche et la gorge. » (Gale, 2022).

2.2.2. Les impacts sociaux

Prendre soin de soi est un concept essentiel qui implique d'adopter des comportements et des attitudes favorisant le bien-être physique, émotionnel et mental. Ce besoin de se préserver et de se protéger des autres peut parfois conduire à un isolement chez les personnes malades, notamment en raison des regards et des questions des autres. En effet, se concentrer sur son propre rétablissement peut engendrer une distance avec l'entourage, alimentée par la crainte d'être jugé·e ou incompris·e (Lhuillier & Waser, 2019).

Avec un cancer avancé, les relations sociales ont tendance à se limiter à la famille et aux ami·e·s proches. Les personnes habitant seules passent la majorité de leur temps dans la solitude (La Cour et al., 2008). Le diagnostic constitue un grand chamboulement pour la personne malade et ses proches. Cette situation provoque un sentiment de peur et plonge les différents membres dans une crise émotionnelle. Ils·elles se retrouvent alors dans une situation de vulnérabilité et d'impuissance et font face à la crainte de perdre leur proche. L'annonce du diagnostic a tendance à resserrer les liens entre les différents membres de la famille, mais il est possible que des conflits surgissent et que la personne malade soit isolée ou ignorée. Le fonctionnement de la famille doit être réorganisé, car la personne malade ne peut parfois plus assumer ses rôles. Ceux-ci sont alors remplis par d'autres membres de la famille. Par exemple, les membres de la famille vont assumer les responsabilités du ménage ainsi que des courses (Palmadottir, 2010). Dans le cas de cancers plus avancés, les prises de décisions médicales peuvent être déléguées aux proches. De plus, la famille doit assumer le quotidien, que ce soit pour les tâches ménagères ou administratives par exemple. Elle doit également être présente pour réconforter son proche malade. Ces changements provoquent régulièrement des situations de crise en lien avec la mise à l'épreuve des capacités d'adaptation de la personne malade et de sa famille (Delvaux, 2006).

Il est fréquent que le cancer entraîne des difficultés relationnelles au sein des couples. Le diagnostic entraîne une détresse émotionnelle tant chez le·la malade que chez son·sa conjoint·e. Le cancer et ses traitements ont tendance à rapprocher le couple, mais pas toujours de manière positive si cela est induit par la peur et l'anxiété. Ces émotions peuvent entraîner des difficultés de communication, des malentendus ainsi que des dysfonctionnements sexuels (Reynaert et al., 2006).

2.2.3. Les impacts occupationnels

Les soins personnels

Comme expliqué ci-dessus, le cancer peut provoquer des complications physiques et mentales. Ces changements sont le plus souvent rapportés comme négatifs et provoquent un sentiment de perte et de déclin (Peoples et al., 2017). Ces derniers sont susceptibles d'entraver la réalisation des soins personnels. Dans beaucoup de cas, les patient·e·s gardent une routine dans leurs activités quotidiennes afin de maintenir une stabilité et un sentiment d'efficacité. Le fait de continuer à réaliser des tâches quotidiennes telles que faire les courses, le ménage et la cuisine leur permet de cibler leur attention sur d'autres choses que la maladie (Palmadottir, 2010). La fatigue pousse les personnes à fractionner la réalisation de leurs soins personnels. Concernant les soins liés à la maladie, les personnes sont généralement autonomes. Cependant, il peut arriver que la famille ou les ami·e·s proches soient amené·e·s à réaliser ces soins (Jakobsen et al., 2017). Enfin, se déplacer à l'extérieur du domicile pour des rendez-vous de contrôle ou de traitement perturbe également fortement la vie quotidienne, car cela prend un temps considérable (Maersk et al., 2021).

La productivité

Le cancer se classe au troisième rang des causes d'absence de longue durée au travail. Il est possible de continuer à réaliser son activité professionnelle, mais dans la majorité des cas, un arrêt de travail est délivré. Les indépendant·e·s sont plus susceptibles de continuer à travailler pour des raisons économiques. Les personnes occupant un poste à responsabilité ont tendance à maintenir leur activité professionnelle. Afin que l'employé·e puisse continuer à travailler, il est impératif que des adaptations soient mises en place, telles que des horaires flexibles ou des aménagements de l'activité. L'ambiance au travail et une bonne communication avec l'employeur·euse restent des éléments importants pour le maintien de la personne au travail (Ligue contre le cancer, 2019).

Les loisirs

Les activités de la vie quotidienne sont significatives pour les personnes atteintes par le cancer. Elles favorisent le bien-être. Le cancer affecte particulièrement le quotidien et complexifie la réalisation des activités. Le fait de pouvoir continuer à pratiquer ses anciennes activités de loisir procure un sentiment de capacité et de contrôle (Svidén et al., 2010).

La plupart du temps, les journées se passent à domicile et sont consacrées à des activités liées aux soins personnels et aux loisirs (La Cour et al., 2008). Les personnes malades ont tendance à privilégier des activités sédentaires et à établir des routines quotidiennes. De plus,

des stratégies sont développées pour faire face aux symptômes de la maladie et poursuivre un maximum d'occupations significatives. Par exemple, faire plusieurs pauses pendant la journée ou prendre des siestes sont des stratégies régulièrement utilisées (Peoples et al., 2017). Très souvent, les personnes priorisent les activités qui leur faisaient du bien, telles que marcher en forêt, lire un livre ou écouter de la musique, plutôt que de dépenser trop d'énergie dans les tâches ménagères (Jakobsen et al., 2017).

2.2.4. Les impacts émotionnels et psychologiques

Le cancer a une signification symbolique importante. En effet, cette maladie est souvent associée à la mort. Dès lors, l'incertitude face à la maladie peut engendrer une souffrance psychologique : peur, anxiété et/ou dépression (Moorey & Bates, 2011). Le diagnostic est souvent une période difficile à gérer émotionnellement (Boinon et al., 2011). « Simultanément, agitation, irritabilité, baisse d'énergie, fatigue et fluctuations de l'humeur sont des émotions fréquentes qui cohabitent avec le malaise physique durant cette période » (Ligue suisse contre le cancer, 2017, p. 15).

L'impact psychique peut se faire ressentir sur le long terme, même après la fin des traitements. Cela concerne jusqu'à 50 % des personnes ayant été atteintes. Le sentiment d'être démunie et vulnérable peut survenir à la suite d'une réduction de la prise en charge hospitalière et d'un soutien social diminué. L'anxiété et les troubles anxieux sont des atteintes fréquentes dans l'après-cancer. La peur de la récurrence est présente dans la majorité des cas. Il est également possible de ressentir des symptômes de type post-traumatiques, comme des pensées intrusives autour du cancer, la réapparition d'images liées aux traitements ainsi que le retour de certains symptômes (p. ex. nausées) à la simple allusion aux traitements (Dauchy et al., 2013).

2.2.5. Les impacts positifs du cancer

Bien que le cancer ait une connotation négative et effrayante, cette maladie peut avoir un impact positif à long terme dans la vie des personnes qui en ont souffert. L'expérience d'une maladie chronique comme le cancer est intense pour les personnes touchées. La vulnérabilité engendrée par la maladie pousse chacun·e à se recentrer sur lui·elle-même et à se fixer de nouvelles priorités. Une attention particulière est portée à son corps et à ses sensations. Il devient alors préférable de ne pas se retrouver dans des situations stressantes ou

éprouvantes. S'écouter devient une partie intégrale de la vie afin de prévenir les douleurs et l'épuisement (Lhuillier & Waser, 2019).

Les personnes touchées par le cancer vont se fixer de nouveaux objectifs de vie, en lien avec leur nouvelle condition de santé. Ces changements peuvent être négatifs, mais également positifs (Gagnon et al., 2018). Par exemple, elles vont adopter une alimentation plus saine et équilibrée. Une activité sportive peut également faire partie intégrante de leur quotidien, ce qui n'était peut-être pas le cas auparavant (Jutras, 2012).

De manière générale, les adultes qui ont été atteint·e·s par un cancer expriment une amélioration des relations avec leur famille et leurs ami·e·s. Le cancer peut également amener les couples à aborder leurs relations conjugales de manière plus saine (Gagnon et al., 2018). Cette population verbalise également des changements positifs au niveau de leur maturité, de leurs valeurs ainsi que de leur vision de la vie (Jutras, 2012).

2.3. L'identité et le cancer

2.3.1. Les rôles et l'identité dans la démarche ergothérapeutique

Comme décrit plus haut, le cancer impacte les occupations des personnes qui en sont atteint·e·s de plusieurs façons. Cela justifie l'intérêt de ce sujet pour les sciences de l'occupation. Les sciences de l'occupation s'intéressent aux occupations humaines et à leurs liens avec la santé (Pierce, 2016). L'ergothérapie est une profession qui s'appuie sur les savoirs issus de la science de l'occupation pour intervenir auprès de diverses populations (Taylor, 2017). Un sujet intéressant pour les sciences de l'occupation est donc intéressant pour l'ergothérapie. Le cadre conceptuel du groupe terminologique du réseau européen des écoles d'ergothérapie (CCTE) situe le concept de rôle comme appartenant au monde qui entoure l'action d'une personne. Le rôle est composé des attentes sociales et culturelles en lien avec l'identité personnelle et sociale de l'individu·e (Meyer, 2013). L'Association américaine d'ergothérapie (AOTA) aborde également ce concept et ajoute que le rôle permet de conférer une identité aux individu·e·s (AOTA, 2014).

Les notions de rôle et d'identité se retrouvent aussi dans différents modèles de pratique de la profession, notamment dans le Modèle de l'Occupation Humaine (MOHO). Ce modèle relève plusieurs aspects intéressants dans le cadre de ce travail. Premièrement, il classe les rôles en deux catégories : les rôles majeurs, qui sont souvent professionnels ou en rapport avec la position dans la société, et les rôles mineurs, qui se rapportent à la vie privée (frère, parent, ami·e...). Le MOHO met en avant le fait que chaque personne investit plusieurs rôles et subit

des changements à ce niveau au fil du temps. Ce modèle aborde également les chamboulements de rôle et l'impact qu'ils ont sur l'identité et sur le quotidien de l'individu·e (Taylor, 2017).

2.3.2. L'influence du cancer sur l'identité

L'annonce d'un cancer va avoir un impact direct sur l'identité des personnes atteint·e·s. Dans un premier temps, ce diagnostic va les confronter à leur mortalité (Reich, 2009). Leurs représentations d'elles-mêmes vont être perturbées, et elles vont être amenées à repenser leurs normes identitaires (Soum-Pouyalet, 2007). Un fort besoin de donner du sens à la maladie va se manifester chez cette population. Une remise en question de leur mode de vie et de toutes les actions qui auraient pu contribuer au développement d'un cancer surviennent. A travers ces réflexions, une reconstruction identitaire opère afin de mieux affronter les doutes liés à « l'après-cancer », tel que le risque de récurrence (Tarantini et al., 2014).

Le cancer peut entraîner des changements corporels. L'image corporelle peut être définie par les sentiments et les expériences qu'une personne associe à son corps. Elle a une dimension psychique. Il ne s'agit donc pas uniquement du reflet du corps tel qu'il est renvoyé dans le miroir. L'image que nous avons de notre corps est un fondement de notre identité (Dany et al., 2009). Lors de l'annonce d'un cancer, les personnes vivent une réelle rupture avec leur propre image corporelle. Leur corps passe de « sain » à « malade ». Cela oblige les individu·e·s à remettre en question toutes leurs normes sociales et identitaires (Soum-Pouyalet, 2007). Lorsque le cancer et ses traitements viennent apporter des modifications au corps, les répercussions peuvent être plus ou moins importantes selon le contexte psychosocial dans lequel évolue l'individu·e. Le genre de la personne peut également influencer l'importance accordée à ces modifications (Dany et al., 2009). Tant que le corps n'est pas marqué par le cancer, la maladie est mieux vécue, car il est possible de la cacher autour de soi. Cependant, lorsque des signes physiques de cette pathologie sont perceptibles par autrui, la personne atteinte de cancer se retrouve stigmatisée et est catégorisée comme « malade » (Soum-Pouyalet, 2007).

Cacher la maladie, tant dans la vie familiale que professionnelle, permet de maintenir son identité sociale. Effectivement, plusieurs symptômes du cancer tels que les douleurs et la fatigue peuvent impacter l'identité de la personne en la confrontant à une diminution de son autonomie (Reich, 2009). Les limitations dans la réalisation des activités quotidiennes peuvent comprendre des limitations dans les activités productives et induire l'arrêt de l'activité

professionnelle. Or, le travail, est l'un des fondements de la construction de l'identité (Tarantini et al., 2014).

2.3.3. L'identité sociale

Comme démontré, le cancer peut impacter l'identité de plusieurs manières. L'identité a pour but de définir qui nous sommes à partir de plusieurs caractéristiques qui nous sont propres, telles que notre physique, nos intérêts ou encore notre statut dans la société. L'identité individuelle a tendance à s'effacer et l'accent est mis sur l'identité collective de la personne, c'est-à-dire les groupes auxquels elle appartient (Drouin-Hans, 2006). Cette identité collective a été définie par Tajfel et Turner (1979) sous le nom d'identité sociale. Cette dernière est décrite comme la conscience qu'a un·e individu·e de faire partie d'un groupe et l'importance qu'il·elle attache à cette appartenance. Dans notre société, tout le monde se catégorise comme appartenant à un groupe. Nous catégorisons nous-mêmes les personnes qui nous entourent comme faisant partie d'un groupe (Van Os et al., 2015). L'appartenance à certaines catégories va refléter une image positive de nous-mêmes, tandis que d'autres groupes d'appartenance vont amener à une représentation négative de notre personne. Cette catégorisation va contribuer à l'identité sociale de la personne. Si le groupe auquel elle appartient n'est pas suffisamment valorisant, elle va tenter d'entreprendre des changements afin de ne plus faire partie de ce groupe (Austin, 2010). De manière générale, les personnes ont tendance à se comporter selon les normes et les valeurs du groupe auquel elles appartiennent afin de correspondre aux attentes de ce dernier (Van Os et al., 2015).

2.3.4. L'identité professionnelle

Le travail apparaît comme l'une des composantes principales de l'identité ainsi que de la vie des personnes (Garner et Méda, 2006). En Suisse, la moyenne d'heures de travail par semaine pour un·e individu·e est d'environ 31 heures (Office fédéral de la statistique, 2022). Il s'agit donc d'une activité considérable dans la vie de chacun·e.

L'identité professionnelle se rapporte aux comportements et aux activités d'une personne sur son lieu de travail. Elle englobe également ses connaissances ainsi que ses habiletés (Fitzgerald, 2020). Elle peut aussi être définie comme les valeurs, les croyances ainsi que les rôles qui sont associés au groupe professionnel auquel la personne appartient (Mak et al., 2022).

Cette identité est influencée par les dimensions personnelles de l'individu·e. Le contexte dans lequel il·elle évolue ainsi que ses expériences vont impacter son identité professionnelle. Il

s'agit donc d'un concept en perpétuel changement. L'identité professionnelle de l'individu-e ainsi que son identité personnelle peuvent parfois entrer en conflit. Il est donc nécessaire pour chaque personne de trouver un équilibre entre les deux (Mak et al., 2022). Effectivement, il y aurait une corrélation significative entre une identité professionnelle stable et une bonne santé (Fitzgerald, 2020). Le fait que cette dernière soit suffisamment solide favoriserait la confiance en soi ainsi que la capacité de résilience. Cela aiderait à réagir aux situations qui se présentent sur le lieu de travail (Mak et al., 2022).

2.4. Le retour au travail après un cancer

2.4.1. L'impact du cancer sur le parcours professionnel

Les activités professionnelles peuvent être définies de plusieurs façons différentes. Une de ces définitions décrit le travail comme une activité permettant à la personne d'avoir un revenu, de lui garantir une place dans la société et de bénéficier de reconnaissance (Guegan-Forget et al., 2019).

Le cancer a un impact sur la vie professionnelle des personnes qui en sont atteintes. Pour commencer, 66 % des personnes ont encore une activité professionnelle au moment du diagnostic (Barnay et al., 2017). À la suite du diagnostic de cancer, à court terme, une diminution des taux d'activité professionnelle est fréquemment observée (Barnay et al., 2017). 57 % des personnes ayant reçu ce diagnostic ont vécu un arrêt maladie, 30 % se sont arrêtés deux fois et seulement 13 % n'ont pas eu d'arrêt de travail. Il est important de relever qu'il est plus compliqué pour les travailleurs indépendants d'avoir accès à ces arrêts (Paraponaris et al., 2014). Ces arrêts sont majoritairement dus aux symptômes du cancer et aux effets secondaires des traitements (Pélicier, 2014). En moyenne, le temps d'arrêt est de 55 jours. Plus le cancer est sévère, plus cette durée augmente (Arfi et al., 2018). Les arrêts maladie sont plus fréquents la première année qui suit le diagnostic, puis diminuent progressivement (Barnay et al., 2017). Pour les personnes ayant un âge proche de la retraite, ces arrêts conduisent généralement à une retraite anticipée (Dilhuydy, 2006).

Dans le cas des cancers, le taux de retour au travail est élevé, quel que soit le type de cancer (Fadhlaoui et al., 2021). 50 % des personnes reprennent leur activité professionnelle dans les six mois qui suivent l'arrêt maladie et 70 % dans les 18 mois (Paraponaris et al., 2014). Un tiers des personnes perd son emploi ou le quitte dans les deux ans qui suivent le diagnostic (Pélicier, 2014). Les démissions sont plus fréquentes chez les jeunes (moins de 50 ans) pour qui il est plus facile de retrouver un travail par la suite. Cinq ans après le diagnostic de cancer,

environ 14 % des personnes toujours en emploi sont passées d'un temps plein à un temps partiel. Toujours durant cette période, 25 % des personnes n'ont plus le même emploi qu'au moment du diagnostic (Alleaume, 2019).

Malgré le taux élevé de retour au travail, le cancer augmente de 1,37 % le risque de chômage (Barnay et al., 2017). Les caractéristiques socio-démographiques de la personne influencent la reprise du travail. Les salarié·e·s qui exercent un métier d'exécution ont moins de chances de reprendre une activité professionnelle (Alleaume, 2019). Avec un niveau d'études égal ou supérieur au secondaire, les chances d'être inactif·ve dans les deux ans qui suivent le diagnostic du cancer sont diminuées de 46 % (Paraponaris et al., 2014). Les personnes travaillant dans le secteur tertiaire ont, quant à elles, plus de chances de maintenir leur emploi (Alleaume, 2019).

2.4.2. Les aspects légaux

À la survenue d'un cancer et de ses multiples conséquences physiques et psychiques, il est probable qu'un arrêt de travail soit envisagé. Dès trois jours d'absence consécutifs, un certificat médical doit être présenté afin de justifier son incapacité à travailler. En bénéficiant d'un congé maladie, une personne est légalement protégée contre le licenciement durant 30 jours lors de la première année de service et pendant 90 jours lors de la deuxième à la cinquième année. Dès la sixième année de service, le délai passe à 180 jours. Cependant, durant la période d'essai aucune protection contre les licenciements n'existe, ce qui permet à l'employeur de licencier la personne durant cette période. Si la personne peut uniquement travailler à temps partiel, un certificat du médecin indiquant le nombre d'heures qu'elle peut effectuer par jour doit être fourni à l'employeur (Confédération suisse, s.d.).

Après 30 jours d'arrêt de travail, le travailleur, l'employeur, l'assureur perte de gain ou le médecin peut annoncer le cas à l'office de l'Assurance Invalidité (AI). Cette annonce vise à détecter de manière précoce les situations complexes. À la suite de l'annonce, un entretien est effectué afin d'évaluer la situation médicale et professionnelle de la personne et d'évaluer l'opportunité d'une demande de prestations. Les objectifs de la détection précoce sont de pouvoir mettre en place des aménagements du poste de travail, de reprendre le travail de manière progressive ou de voir les possibilités de reclassement dans une autre activité au sein de l'entreprise (Centre d'information AVS/AI, 2022).

Des mesures de réadaptations peuvent également être proposées. Elles visent l'amélioration de la capacité de gain de manière durable et significative. Leur objectif est de permettre à la

personne de continuer à exercer une activité lucrative. Pour cela, il existe différentes mesures de réadaptation telles que des mesures médicales, des mesures de réhabilitation, des mesures d'ordre professionnel, des moyens auxiliaires et des indemnités journalières (Centre d'information AVS/AI, 2023).

Une indemnité journalière peut également être mise en place afin de compléter les mesures de réhabilitation de l'AI. Celle-ci est octroyée pendant les mesures d'instruction, les examens, le délai d'attente avant le reclassement, les mesures de réhabilitation et les mesures de nouvelle réhabilitation s'il en découle une perte de gain. Cette indemnité correspond à 80 % du salaire touché lors de la dernière activité professionnelle.

Si malgré cela, la personne est atteinte d'une maladie provoquant une invalidité, elle peut avoir droit à une rente de l'AI. Selon la loi, « Vous ne pouvez prétendre à une rente AI que si votre capacité de gain ou votre capacité d'accomplir vos travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réhabilitation raisonnablement exigibles. » (Centre d'information AVS/AI, 2023, p. 4). Les personnes ayant un taux d'invalidité équivalent à 40 % et plus pendant plus d'un an peuvent bénéficier d'une rente AI partielle. Une rente AI entière est obtenue à partir d'un taux d'invalidité de 70 %. La caisse de pension LPP verse également une rente complémentaire aux personnes invalides. Si ces rentes ne suffisent pas à subvenir aux besoins vitaux, les prestations complémentaires peuvent être demandées (Centre d'information AVS/AI, 2023).

Dans le cas où la personne ne serait pas inscrite à l'AI lors d'un licenciement, il est recommandé de s'inscrire dans un office régional de placement (ORP). Celui-ci pourra faire bénéficier la personne d'indemnités de chômage et d'un accompagnement dans la recherche d'emploi. Si la personne est déjà inscrite à l'AI, l'ORP apportera un soutien lors de la recherche d'un emploi sans verser d'indemnités (Ligue vaudoise contre le cancer, 2017).

2.4.3. L'importance du retour au travail

À la suite d'un cancer, la reprise d'une activité professionnelle peut être motivée par plusieurs aspects. L'aspect financier en fait partie et joue un rôle important dans la décision de reprendre une activité professionnelle (Tarantini et al., 2014). Cependant, pour beaucoup la reprise du travail représente plus qu'une simple sécurité financière. Le travail devient une porte ouverte vers la normalité, l'identité sociale, la résilience et permet également aux personnes de se distraire du cancer (Morrison & Thomas, 2014). Selon Chassaing et Waser (2010), « travailler, c'est aussi se sentir reconnu, toute personne a besoin d'un jugement d'utilité, de

reconnaissance de la part de ses pairs, d'appartenance à un groupe, de compétences pour une tâche... » (p. 104). À travers tout cela, le retour au travail permet à la personne de retrouver ses rôles et sa place dans la société (Arfi et al., 2018). La reprise de cette activité est également un symbole de guérison pour les personnes atteintes de cancer (Tarantini et al., 2014).

Pour certaines personnes, cependant, l'activité professionnelle ne sera plus une priorité. Par exemple, le fait d'avoir plus de temps pour soi ou passer des moments avec des proches sera plus important que de reprendre le rythme de travail qu'elles avaient par le passé (Tarantini et al., 2014).

2.4.4. Les changements rencontrés et l'impact sur le rapport au travail

Le diagnostic du cancer entraîne fréquemment des remises en question liées à la carrière, susceptibles d'influencer la perception de la réussite professionnelle. Par exemple, certain·e·s considèrent le diagnostic comme une perte de contrôle vis-à-vis de leur trajectoire professionnelle, notamment en ce qui concerne leurs choix de carrière et leurs compétences au travail (Raque-Bogdan et al., 2015). Il est courant que les personnes réévaluent leurs valeurs et leurs priorités de vie, ce qui les conduit à accorder la priorité à leur vie personnelle plutôt qu'à leur vie professionnelle (Gallardo et al., 2012). De plus, il est intéressant de noter que le travail et le stress engendré par l'activité professionnelle pré-cancer peuvent être perçus comme l'une des causes du cancer par les personnes qui en sont atteintes. À la suite de la maladie, les personnes ont besoin de se protéger du stress. Il est donc important pour elles de réorganiser leur rythme de travail afin qu'il soit plus détendu lors de la reprise. Le besoin impératif de privilégier davantage ses enfants, sa vie de couple et sa vie personnelle devient alors central (Tarantini et al., 2014).

Il a été relevé que 42 % des patient·e·s de moins de 58 ans affirmaient que le cancer les avait pénalisé·e·s dans la réalisation de leur activité professionnelle (Chassaing et al., 2010). Effectivement, les personnes ayant été atteintes par un cancer ont plus de chances de subir de la discrimination, des pertes de responsabilité lors de leur reprise d'activité professionnelle (Chassaing et al., 2010). Des aménagements du poste de travail peuvent par exemple être perçus comme discriminatoires et pousser les personnes à changer d'emploi (Paraponaris et al., 2014).

À la suite d'un long arrêt maladie, la reprise d'une activité professionnelle peut être une source d'angoisse. Effectivement, les personnes ressentent une appréhension due à la peur de

décevoir leur employeur·euse et leurs collègues. Cette peur est liée à la diminution des capacités physiques et cognitives ressentie (Morrison & Thomas, 2014). Les difficultés éprouvées lors du retour au travail s'étendent parfois jusqu'à 6 ans après la reprise de l'activité professionnelle (Arfi et al., 2018). Effectivement, chez 71 % des salarié·e·s, des séquelles de la maladie telles que la fatigue, les troubles du sommeil, les douleurs chroniques ainsi que les difficultés de concentration et de mémoire sont toujours présentes (Asselain et al., 2016).

2.4.5. Les facteurs facilitateurs et les obstacles au retour au travail

Pour commencer, l'accès à l'emploi peut être fortement influencé par les facteurs individuels des personnes. En général, le cancer compromet la réinsertion sur le marché du travail. Le délai pour retrouver un nouvel emploi est plus long pour les personnes ayant été atteintes d'un cancer par rapport à la population générale (Paraponaris et al., 2014). Après un cancer, les femmes (Morrison et al., 2014), les personnes d'âge plus avancé, celles et ceux possédant moins de diplômes ainsi que les travailleur·euse·s manuel·le·es rencontrent le plus de difficultés à la réinsertion professionnelle (Tarantini et al., 2014). De plus, les personnes sans emploi lors du diagnostic du cancer ont considérablement moins de chances de retrouver un nouvel emploi (Paraponaris et al., 2014).

Le retour au travail est vécu comme une double épreuve. La personne doit pouvoir gérer son travail et prouver ses capacités (Chassaing et al., 2011). Les employeur·euse·s n'anticipent généralement pas un rendement moindre de la part de celles et ceux qui reprennent leurs fonctions (Raque-Bogdan et al., 2015). Il est fréquent que les personnes ayant été atteintes d'un cancer ressentent certains symptômes à la suite de leurs traitements, tels qu'une grande fatigue ainsi qu'une diminution de leurs capacités physiques (Chassaing & Waser, 2010). De plus, des changements cognitifs comme des difficultés de mémoire, sont fréquemment identifiés (Knobf, 2015). Pour y remédier, l'environnement professionnel peut être organisé spécifiquement en fonction de la personne tout en prenant en considération les exigences du travail (Chassaing et Waser, 2010). Cela réduit de 88 % le risque de perte d'emploi et permet également de réduire les durées d'arrêt-maladie (Paraponaris et al., 2014). Ces adaptations, qu'elles soient environnementales ou spécifiques à la réalisation de l'activité, peuvent néanmoins engendrer un coût économique important pour l'entreprise. Cette restructuration des conditions de travail sera alors influencée par plusieurs facteurs, tels que le type de travail, le statut économique de l'entreprise, le statut hiérarchique et la relation avec la hiérarchie (Chassaing & Waser, 2010).

Un retour au travail après un cancer peut également engendrer des impacts au niveau des finances personnelles. Par exemple, une réduction du nombre d'heures de travail impacte significativement le montant du salaire mensuel. Plus le cancer est sévère, plus le risque de perte de revenus est élevé. Dans le même sens, plus la personne a recours à des traitements lourds, comme une chimiothérapie, plus elle est propice à une baisse de revenus (Paraponaris et al., 2014). Ces difficultés financières peuvent développer un niveau de stress élevé, pouvant mener dans les cas les plus importants, à une dépression (Kane et al., 2020).

L'accompagnement dans le processus de retour au travail est un élément important (De Blasi et al., 2014). Le soutien de la famille, et particulièrement celui du/de la conjoint-e, a une influence positive sur le retour à l'emploi. Aussi, il est facilitant d'avoir des proches qui peuvent décharger les personnes des tâches domestiques afin de réduire la quantité de travail (Fadhlaoui et al., 2021). Cependant, il est fréquent que la famille soit dans l'incompréhension du retour au travail et préfère protéger et dissuader leur proche (De Blasi et al., 2014). Le soutien des collègues, de l'employeur·euse, ainsi qu'un accompagnement par le personnel de santé sont également des éléments essentiels pour un bon retour à l'emploi. Néanmoins, on signale un déficit de soutien approprié de la part des professionnel·le·s de santé. Peu abordent le sujet du retour au travail lors des suivis (Fadhlaoui et al., 2021).

Tableau 1 : Récapitulatif des facilitateurs et obstacles

Facilitateurs	Obstacles
Genre masculin	Genre féminin
Âge jeune	Âge avancé
Niveau d'éducation élevé	Bas niveau d'éducation
Aménagement de l'environnement de travail	Pas de possibilité d'aménagements sur le lieu de travail
Soutien des proches	Coût des aménagements de l'environnement de travail
Soutien de l'employeur et des collègues	Le cancer, discrimination
	Métiers manuels
	Être sans emploi avant le diagnostic
	Symptômes du cancer/des traitements (fatigue, diminution des capacités physiques, difficultés de mémoire)
	Problèmes financiers
	Déficit de soutien approprié de la part des professionnels de santé
	Charge et rythme de travail élevé

2.5. Être soignant·e et atteint d'un cancer

Actuellement, peu d'études explorent l'expérience du retour au travail après un cancer dans des domaines spécifiques. Ainsi, cette étude s'intéresse de plus près à une catégorie professionnelle spécifique : les soignant·e·s. Il est important de relever qu'une identité professionnelle solide permet de réduire les risques liés à l'épuisement professionnel (Walder et al., 2022). Cela est d'autant plus important chez les soignant·e·s, car ce groupe est particulièrement exposé aux stress et présente un taux élevé de maladies psychiques et physiques (Mohanty et al., 2019). De plus, un·e soignant·e avec une bonne estime de soi fournirait des soins de meilleure qualité. Au contraire, une faible estime de soi peut entraîner une détérioration de la relation avec le client et ainsi une diminution de la satisfaction de ce dernier (Mroz et al., 2018). Il est également important de noter que le groupe auquel un·e professionnel·le appartient dans le système de soins influence la solidité de son identité professionnelle. Par exemple, chez un·e médecin, cette dernière sera plus stable et solide que

chez un·e infirmier·ère. Cela est dû à sa place hiérarchiquement plus élevée dans l'institution (Van Os, 2015).

De manière générale, lorsqu'un·e soignant·e se trouve atteint·e d'une maladie, cela va fortement impacter son identité, tant personnelle que professionnelle. Venir en aide aux autres est l'un des fondements de l'identité des professionnel·le·s de la santé (Counselman & Alonso, 1993). Effectivement, les principales valeurs au centre de l'identité des soignant·e·s sont le respect, la compassion, l'écoute, l'éthique, la compétence ainsi que l'authenticité (Ntetu & Tremblay, 2014). Le personnel de la santé considère que transmettre ses connaissances aux patient·e·s fait partie intégrante de son rôle et de son identité (Brand & Timmons, 2021). Il est attendu de la part des soigné·e·s que le·la thérapeute soit à l'écoute, attentif·ve aux besoins, chaleureux·se, attentionné·e, empathique, optimiste, qu'il·elle réponde aux questions, qu'il·elle soit informateur·trice, soutenant·e et qu'il·elle prenne le temps. Les soigné·e·s attendent des soins qu'ils soient efficaces, organisés, doux et ciblés à la situation (Fitch et al., 2020). Lorsqu'un·e soignant·e se retrouve en position de soigné·e, les positions sont inversées. Il·elle occupe alors une place où l'on prend soin de lui·elle et où moins de responsabilités lui sont attribuées (Counselman & Alonso, 1993). Cela peut donc impacter son identité professionnelle.

L'un des autres rôles du·de la professionnel·le de la santé est d'avoir une pratique centrée sur le·la client·e (PCC). Cette pratique est définie comme des soins qui respectent les besoins, les valeurs et les attentes des patient·e·s (Pelzang, 2013). Dans cette pratique, le·la patient·e est partenaire de sa propre thérapie (Newell & Jordan, 2015). La base de cette pratique est de tenir le·la patient·e le plus informé·e possible, de lui fournir assurance, confort, soutien, acceptation, pouvoir et confiance (Pelzang, 2013). La communication est primordiale dans les thérapies de soins et notamment dans la PCC (Ratna, 2019). Elle est un processus réciproque qui permet à l'humain de donner un sens au monde qui l'entoure (Newell & Jordan, 2015). Elle joue un rôle essentiel afin de fournir des soins de qualité et d'établir une relation thérapeutique (Teutsch, 2003). Les compétences varient entre les différentes professions de la santé, mais en ce qui concerne la communication, elle doit toujours être claire et centrée sur le·la patient·e (Ratna, 2019). Lorsque le rôle de soignant·e et celui de soigné·e se chevauchent, la pratique professionnelle du·de la soignant·e peut se trouver impactée. La projection de leur situation sur celle du client peut entraîner une diminution de l'empathie envers ce dernier (Counselman & Alonso, 1993). Cela peut rendre compliqué la pratique dans le contexte de soins, car il est

attendu du·de la soignant·e qu'il·elle soit centré·e sur le·la client·e et empathique (Pelzang, 2013).

C'est le cas d'une médecin qui a été atteinte d'un cancer du sein. Cette dernière explique l'influence qu'a eu son cancer sur son activité professionnelle. Dans un premier temps, elle exprime le fait qu'il était compliqué pour elle de ne pas se projeter dans la situation du·de la patient·e. De ce fait, elle agissait avec ce dernier comme elle aurait voulu qu'on le fasse avec elle. Or, ce n'était pas forcément ce dont le client avait besoin. Des conflits ont également eu lieu avec ses collègues, car elle avait tendance à se comporter et à prendre ses décisions en tant que « patiente ». Ayant vécu ce que vivent les patient·e·s atteints de cancer, elle avait conscience de ce qui n'allait pas et voulait faire changer le système. Cependant, il est compliqué de remettre en cause les façons de faire d'une institution (Boiron, 2010).

3. PROBLÉMATIQUE

Plusieurs recherches abordent le thème du cancer et du travail. Or, à travers tous les points cités précédemment, la conclusion définit que les difficultés rencontrées par les soignant·e·s atteint·e·s de cancer peuvent différer de celles des autres personnes touchées par cette maladie. Effectivement, une charge supplémentaire liée au contexte de travail ainsi qu'à tout ce qui se rattache à l'identité de ces professionnels, pourrait rendre la reprise d'une activité professionnelle plus éprouvante tant physiquement que mentalement. Les ergothérapeutes sont des professionnel·le·s de la santé dont l'un des rôles est de permettre aux personnes de réaliser leurs activités de productivité, dont le travail fait partie (Association Suisse des Ergothérapeutes, s.d.). Approfondir ce sujet permettrait donc de mieux comprendre le vécu de cette population et, par conséquent, d'adapter la prise en charge de cette dernière.

Chaque année en Suisse, environ 16'000 personnes en âge de travailler se font diagnostiquer d'un cancer (Organisation mondiale de la Santé, 2020). À travers la recension des écrits, il a été relevé que le cancer impacte différentes sphères occupationnelles de la vie des personnes qui en sont atteintes, dont le travail. Ce dernier apparaît comme un élément essentiel pour l'identité des personnes ainsi que pour leur bien-être (Butow et al., 2020).

La population sur laquelle se concentre cette étude vit donc un changement important au niveau de ses rôles. Le personnel soignant, lorsqu'il·elle se retrouve atteint d'une maladie telle qu'un cancer, échange son rôle de soignant·e avec celui de patient·e. Il est intéressant dans le cadre de l'ergothérapie, dont le rôle central est d'accompagner les individu·e·s dans la réalisation de leurs activités quotidiennes, y compris le travail. Les ergothérapeutes doivent prêter une attention particulière à cette transition identitaire et à l'impact de ce changement sur la pratique professionnelle de cette population. Comprendre l'impact de cette inversion de rôles est crucial pour adapter les interventions en appréhendant au mieux les besoins spécifiques des soignant·e·s.

Bien que le retour au travail après un cancer soit relativement bien documenté, il est constaté lors des recherches qu'il n'existe que très peu de littérature sur les soignant·e·s qui ont bénéficié ou bénéficient toujours de soins. Le fait que le milieu médical soit présent tant dans la vie professionnelle que personnelle de ce groupe de personnes amène pourtant au questionnement. Effectivement, lorsque le·la soignant·e se retrouve atteint·e d'une maladie, son identité entière est chamboulée. L'étiquette de « malade » lui est attribuée tant dans sa vie privée que professionnelle (Soum-Pouyalet, 2007). Il·elle se trouve alors dans une position dans laquelle les autres prennent soin de lui·elle et où il·elle doit se recentrer sur soi. Cela

peut être compliqué lorsqu'on considère que son identité professionnelle repose sur l'aide des autres. Il est supposé que ces chamboulements de rôles et d'identité ajoutent une charge mentale à cette population lors de la reprise d'activité professionnelle. De plus, la projection de leur propre situation sur celle des patient·e·s semble impacter leurs pratiques (Counselman & Alonso, 1993).

Un autre point relevé lors des recherches est l'importance pour les personnes atteintes d'un cancer de ne pas se retrouver dans des situations trop stressantes ou éprouvantes afin de prévenir les douleurs et l'épuisement (Lhuillier & Waser, 2019). Or, la reprise d'une activité professionnelle peut s'avérer stressante et angoissante pour les personnes atteintes de cancer, notamment en raison de la baisse des capacités physiques (Morrison & Thomas, 2014). Cela amène à se questionner sur la reprise du travail d'un·e professionnel·le de santé après un cancer. Effectivement, il est question d'un milieu de travail éprouvant tant physiquement que mentalement. Il s'agit également d'un milieu où les professionnel·le·s sont particulièrement exposé·e·s aux risques de maladies physiques et psychiques (Mohanty et al., 2019). Il a été démontré qu'une identité professionnelle solide protège le personnel soignant des risques d'épuisement professionnel (Walder et al., 2022). Or, comme décrit plus haut, le cancer fragilise grandement l'identité des personnes qui en sont atteintes, tant dans leur vie privée que professionnelle. De plus, de l'angoisse, de la peur ainsi qu'une diminution des capacités physiques amènent les personnes à des changements dans leur rapport au travail lors de la reprise de l'activité professionnelle (Morrison et Thomas, 2014). Un besoin de ralentir le rythme de travail et de vie en général pourrait donc être présent chez cette population (Tarantini et al., 2014).

4. BUTS ET QUESTION DE RECHERCHE

Le but de ce travail est d'explorer l'expérience du retour au travail des soignant·e·s atteint·e·s par le cancer. Ainsi, ce travail pourrait permettre une meilleure compréhension de ce qui vit cette population, améliorer l'accompagnement et enrichir la réflexion sur les moyens de limiter l'épuisement ou les ruptures de parcours professionnels dans ces professions.

Le travail s'articule autour de la question de recherche principale :

« Comment les professionnel·le·s de la santé HES atteint·e·s d'un cancer vivent-ils·elles la reprise d'une activité professionnelle dans le milieu des soins ? »

À travers la question principale, trois sous-questions surviennent :

- Comment évoluent les parcours professionnels ?
- Quelles difficultés et quels changements sont rencontrés ?
- Quels sont les besoins relatifs au retour au travail ?

5. MÉTHODOLOGIE

5.1. Le devis de recherche

La méthodologie descriptive a été utilisée pour ce travail de bachelor. Cette méthode est qualitative et repose sur une démarche interprétative, recherchant des données verbales plutôt que des mesures. Elle vise à comprendre le lien entre la « vraie vie » et les données scientifiques (Aubin-Auger et al., 2008). Dans la littérature, la méthode descriptive est souvent considérée comme étant au bas de la hiérarchie des méthodes qualitatives. Cette approche dépend largement de la manière dont les chercheur·euse·s perçoivent l'information et de leur sensibilité face à celle-ci (Sandelowski, 2000). Cette méthode de recherche est préconisée lorsqu'il s'agit d'effectuer une description directe d'un phénomène. Elle permet également de comprendre les éléments impliqués dans un phénomène et d'appréhender les événements qui se présentent (Hunter et al., 2019).

Cette méthode est choisie pour décrire le vécu en restant le plus fidèle aux récits des participant·e·s de ce travail. De plus, elle est recommandée dans les études portant sur des sujets peu documentés, comme c'est le cas pour cette problématique. Elle est également pertinente lorsqu'il s'agit de comprendre comment les personnes vivent avec une maladie (Doyle et al., 2020).

5.1.1. L'échantillonnage

La stratégie d'échantillonnage utilisée dans ce travail est raisonnée (ciblée ou non probabiliste). L'échantillonnage raisonné est souvent employé dans les recherches descriptives. Cette stratégie permet de restreindre et de choisir les participant·e·s susceptibles de fournir les informations nécessaires en lien avec la thématique et de décrire les phénomènes dans des situations variées (Hunter et al., 2019). Dans cette stratégie, il est important que les participant·e·s soient disponibles, qu'ils·elles aient la volonté de participer et la capacité de communiquer leur expérience de manière « articulée, expressive et réfléchie » (Palinkas et al., 2015). Cette méthode vise à maximiser la représentation d'une population (Hunter et al., 2019).

La technique de la boule de neige est utilisée pour constituer l'échantillon. Cette méthode est populaire dans les recherches qualitatives et est souvent combinée à l'échantillonnage raisonné. Elle consiste à utiliser les réseaux sociaux informatisés et non informatisés des chercheuses pour identifier des personnes correspondant aux critères de l'échantillon. Ces

personnes sont ensuite invitées à recommander d'autres individu·e·s qui pourraient également correspondre aux critères, et cela continue jusqu'à obtenir un échantillon de la taille souhaitée (Parker et al., 2019).

L'échantillon doit être délimité et restreint par des critères d'inclusion et d'exclusion afin de définir la population étudiée (Doyle et al., 2020). Ainsi, il est décidé d'inclure dans l'étude des personnes ayant une formation HES dans le domaine de la santé, afin d'obtenir une diversité de professionnel·le·s et de garantir que les participant·e·s aient un salaire moyen et similaire dans le système de santé ainsi qu'un niveau de formation comparable. De plus, les personnes travaillant dans le domaine tertiaire et ayant un niveau d'étude supérieur ont une probabilité plus élevée de reprendre le travail (Alleaume, 2019 ; Paraponaris et al., 2014). Enfin, les personnes sélectionnées doivent avoir reçu un diagnostic de cancer depuis plus de 6 mois. Cela permet de s'assurer qu'elles ont déjà entamé les traitements, ce qui diminue l'état de choc (Caron, 2008).

Des personnes salariées en Suisse romande sont recrutées afin que les bases légales expliquées ci-dessus leur correspondent. Il est également décidé d'inclure des hommes et des femmes ayant une expérience professionnelle d'au moins 5 ans, afin qu'ils·elles aient déjà une expérience significative dans leur domaine professionnel. Pour terminer, un critère d'inclusion est que les personnes aient repris une activité professionnelle afin de pouvoir répondre à la question de recherche.

Les critères d'exclusion sont les suivants : les personnes de plus de 65 ans, afin de collecter des données auprès de personnes étant en âge de travailler ; les personnes ayant un cancer en phase terminale, car il est probable qu'elles n'exercent plus d'activité professionnelle ; et les personnes exerçant en tant qu'indépendant·e·s, car les bases légales diffèrent de celles pour les salarié·e·s et il pourrait y avoir une influence sur les horaires, qui peuvent être plus flexibles dans le cadre d'une activité indépendante.

Six personnes ont répondu positivement à la recherche de participant·e·s et ont pris part à l'étude. Les petits échantillons sont fréquents dans la recherche descriptive (Doyle et al., 2020).

Tableau 2 : Récapitulatif des critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Formation HES dans le domaine de la santé	Personnes de plus de 65 ans
Salarié·e·s en Suisse romande	Personnes ayant un cancer en phase terminale
Homme ou femme avec une expérience professionnelle d'au moins 5 ans	Personnes exerçant en tant qu'indépendant·e·s
Diagnostic de cancer depuis plus de 6 mois	
Reprise d'une activité professionnelle	

5.1.2. La méthode de collecte de donnée

La méthode de collecte de données est réalisée sous la forme d'entretiens individuels semi-structurés. Cette méthode est la plus utilisée dans les recherches descriptives qualitatives (Doyle et al., 2020). L'entretien semi-structuré se caractérise par sa flexibilité se situant entre les méthodes rigides et les méthodes plus libres. Il comprend des questions préétablies qui couvrent divers sujets pertinents à la recherche, tout en laissant la possibilité à l'interviewer de les poser de manière adaptative en fonction du discours de la personne interrogée. La souplesse de ce type d'entretien permet également de rebondir et développer des aspects énoncés par le·la participant·e (Tétreault & Guillez, 2014). Un guide d'entretien contenant principalement des questions ouvertes est utilisé. Le guide d'entretien facilite la structure de l'entretien ainsi que s'assure que les thèmes centraux soient abordés. Le même guide d'entretien est utilisé pour tous·tes les participant·e·s. Les entretiens sont limités à environ 45 minutes. Dépasser cette durée pourrait devenir difficile pour les participant·e·s (Tétreault & Guillez, 2014). Ils sont réalisés à domicile, à l'extérieur ou via une plateforme informatique, selon les disponibilités et préférences des participant·e·s. L'environnement doit être calme. Les entretiens se font avec une chercheuse ou deux selon les disponibilités de chacune. Le fait que les entretiens soient dirigés par des chercheuses différentes permet d'établir une triangulation, ce qui améliore la qualité et validité des résultats obtenus (Sawadogo, s.d.). Les entretiens sont enregistrés avec un dictaphone, afin que les trois chercheuses puissent les réécouter, ce qui permet de diminuer la subjectivité. Puis ils sont retranscrits sur ordinateur afin d'en garder une trace. Un entretien test est réalisé afin de s'entraîner à utiliser le guide d'entretien et vérifier les thèmes abordés.

La méthode d'analyse de données

Pour analyser les données recueillies, la méthode de l'analyse thématique est utilisée. Cette méthode est employée pour analyser des récits de vie et d'autres données issues du langage oral ou écrit (Sparker, 2005). Il s'agit d'une méthode qualitative qui consiste à identifier, analyser et mettre en évidence des thèmes issus des données récoltées (Braun & Clarke, 2006). L'analyse thématique passe donc par la recherche d'éléments communs ressortant d'un ou plusieurs entretiens (DeSantis & Ugarriza, 2000). Voici les différentes étapes suivies :

- 1. Familiarisation** : L'analyse thématique commence par la familiarisation avec les données recueillies en les écoutant plusieurs fois, en les retranscrivant par écrit (verbatim) et en les lisant. Afin d'augmenter la transférabilité pour la suite de l'étude, un tableau descriptif des participant·e·s est élaboré.
- 2. Génération de codes** : Les idées principales présentes dans les données sont extraites de la retranscription écrite et des codes sont générés afin de classer plus précisément ces données.
- 3. Génération de thèmes** : Des thèmes sont définis et nommés pour les codes et les données qui y figurent. Certains codes peuvent donc être regroupés.
- 4. Analyse de la cohérence des thèmes** : Enfin, les thèmes et les données qui y figurent sont relus afin de vérifier la cohérence entre ces deux éléments. Les dénominations des thèmes sont modifiées si nécessaire. Si un thème contient trop peu d'informations, il est supprimé ou regroupé avec un autre (Braun & Clarke, 2006).

Le processus d'analyse suit une approche itérative, ce qui signifie que l'ordre des étapes n'est pas fixe. Il est possible de revisiter les étapes précédentes en fonction des découvertes et des ajustements nécessaires afin d'assurer une cohérence et une précision maximale dans l'analyse des données. A la fin de ces étapes, une relecture est réalisée par chacune des chercheuses.

6. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Afin que l'éthique de ce projet soit respectée, les principes fournis par le « code d'éthique de la recherche » adapté de la FPSE de l'Université de Genève par la HES-SO (Groupe romand de coordination Travail de bachelor, 2008) sont pris en considération.

Le consentement libre et éclairé des personnes interrogées est assuré. Un formulaire de consentement est transmis, informant les participant·e·s des objectifs de l'étude, des aspects pratiques, organisationnels et éthiques liés à leur participation. Afin de s'assurer que les participant·e·s aient suffisamment de temps pour prendre connaissance du formulaire de consentement et y réfléchir, le formulaire est envoyé, s'ils·elles remplissent tous les critères, au moment où ils·elles manifestent leur intérêt pour l'étude. Le document est ensuite passé en revue et signé au début de chaque entretien. Aucune pression n'est exercée sur les participant·e·s. Ils·elles peuvent communiquer uniquement les informations qu'ils·elles désirent et se retirer de l'étude à tout moment et sans aucune conséquence.

En ce qui concerne l'évaluation et la gestion des risques, il est reconnu que le cancer peut être un sujet sensible à aborder. Si les personnes interrogées présentent des signes de détresse psychologique, l'entretien est interrompu. Une orientation vers un soutien psychologique est également proposée en cas de besoin.

Pour garantir le respect de la vie privée des participant·e·s, l'identité des personnes interrogées, leur lieu de travail et toute autre information fournie sont anonymisées ou supprimées.

Toutes les données recueillies sont utilisées uniquement dans le cadre de ce travail. Les données susceptibles d'identifier les participant·e·s ne sont accessibles qu'au groupe de travail. Elles sont stockées sur des dispositifs protégés par des codes d'accès. De plus, les données, y compris les enregistrements des entretiens et les retranscriptions, sont détruites à la fin de la rédaction du projet.

Une fois l'étude terminée, les résultats obtenus seront transmis aux participant·e·s.

7. RÉSULTATS DE L'ANALYSE DE DONNÉES

Tableau 3 : Contexte et description des participant·e·s

<u>Nom fictif</u>	P1 - Ergothérapeute SAD	P2 - TRM	P3 - Infirmier	P4 - Ergothérapeute P.	P5 - Infirmière SAD
<u>Sexe</u>	Féminin	Féminin	Masculin	Féminin	Féminin
<u>Âge</u>	50 ans	50 ans	31 ans	48 ans	35 ans
<u>Diagnostic</u>	Cancer du sein	Cancer du sein	Cancer d'un testicule	Leucémie myéloïde aiguë	Cancer de la thyroïde
<u>Traitements</u>	Mastectomie, traitement hormonal, reconstruction mammaire.	Mastectomie, chimiothérapie, radiothérapie, traitement hormonal reconstruction mammaire.	Chimiothérapie, ablation du testicule.	Chimiothérapie en chambre isolée, greffe de cellules souches.	Ablation partielle de la thyroïde, radiothérapie.
<u>Effets secondaires du cancer</u>	Fatigue, troubles de la concentration, sensibilité émotionnelle et troubles du sommeil.	Nausées, fatigue, perte de poids et perte de cheveux.	Fatigue, perte de cheveux, perte de poids et d'appétit.	Fatigue, perte de cheveux, perte de poids, nausées, vomissements, brûlure de la peau et du tube digestif et perte de l'autonomie.	Fatigue, sautes d'humeur, sensibilité plus élevée au froid, prise de poids et un impact psychologique.
<u>Métier</u>	Ergothérapeute	Technicienne en radiologie médicale	Infirmier cadre	Ergothérapeute	Infirmière
<u>Contexte de travail</u>	Soins à domicile	Hôpital	Structure psychiatrique pour adulte	Fondation psychiatrique	Soins à domicile

<u>Taux de travail¹ / reprise</u>	60%, a effectué une reprise graduelle.	70%, a effectué une reprise graduelle.	90%, a effectué une reprise graduelle.	70%, a effectué une reprise graduelle jusqu'à 60%.	70%, a effectué une reprise graduelle.
<u>Situation familiale</u>	Non identifié	Mariée, 2 enfants	Non identifié	Divorcée, 3 enfants	Célibataire sans enfant

¹ Tous ont repris le travail au taux qu'ils·elles occupaient avant le cancer, excepté l'ergothérapeute P (P4).

7.1. Tableau de présentation des résultats

Les résultats ont permis de souligner 4 thèmes et 11 sous-thèmes. Ces derniers sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4 : Thèmes et sous-thèmes

Sens et motivations du retour au travail <ul style="list-style-type: none">• Retourner à la normale et s'éloigner de la maladie• Aimer son travail
Les facilitateurs du retour au travail <ul style="list-style-type: none">• Les sources de soutien• Un cadre de travail favorable aux adaptations• Le recours à des ressources personnelles
Les obstacles du retour au travail <ul style="list-style-type: none">• Les dynamiques relationnelles perturbées• Les effets secondaires• Les contraintes spécifiques du travail dans le secteur de la santé• La diminution de la confiance en ses compétences professionnelles
Les changements perçus lors du retour au travail <ul style="list-style-type: none">• Le changement des priorités• L'enrichissement de la posture professionnelle

7.2. Le sens et les motivations du retour au travail

Le retour au travail après une période de maladie est une étape cruciale pour les participant·e·s, et il revêt des significations particulières. Ce retour soutient la reprise de leurs rôles et la reconstruction identitaire. En se reconnectant avec le monde professionnel, ils·elles s'éloignent de la maladie pour revenir à un état de normalité, surmontant ainsi les stigmates associés à celle-ci. Le retour au travail permet également de rythmer les journées, de s'occuper l'esprit et de renouer des liens sociaux essentiels. De plus, pour plusieurs participant·e·s le retour au travail a été motivé par un amour pour leur emploi, l'appréciation des valeurs et des responsabilités professionnelles, ainsi que par les relations sociales sur le lieu de travail.

7.2.1. Retourner à la normale et s'éloigner de la maladie

Tout d'abord, le retour au travail représente pour la plupart des participant·e·s un retour à la normale. En effet, il soutient la reprise de rôles et la reconstruction identitaire permettant de se sentir à nouveau utile après une longue période sans la sensation gratifiante de contribuer activement à la société et à la vie quotidienne. L'ensemble des participant·e·s à l'étude a commencé par reprendre le poste qu'il·elle occupait avant le cancer, ce qui témoigne de leur désir de retrouver un certain équilibre passé et de renouer avec leur identité professionnelle. *« Voilà j'étais resté 3 mois à la maison, en allant faire des chimios à droite à gauche. J'étais passablement déprimé donc c'est vrai que je puisse reprendre le travail, me sentir utile tout ça, c'était presque une thérapie en soi en fait »*, explique l'infirmier (P3). Après une période plus ou moins longue dans le rôle de malade, les participant·e·s ont décrit une réappropriation des rôles passés qui dépassent le statut de malade. L'ergothérapeute P. (P4) décrit bien ce ressenti : *« Mais on a aussi l'impression qu'on n'est plus que là-dedans, et puis ce qu'on aime dans la vie que ce soit des loisirs ou le travail bah ça reprend une place pis on redevient si vous voulez pas plus..., on est plus « que » la cancéreuse de service quoi »*.

Retourner au travail permet de se décentrer de la maladie et de s'éloigner des stigmates de mort et d'incapacité qui lui sont communément liés. Cela permet d'intégrer la maladie dans une trajectoire de vie. La maladie peut alors s'inscrire dans une continuité et s'éloigner de l'image morbide à laquelle elle peut être associée : *« Le sens pour moi c'était super important parce que bah déjà j'étais beaucoup trop jeune, de 1 pour mourir, de 2 pour arrêter de travailler, (...). Ça donne aussi l'image que finalement la maladie c'est, c'est un épisode, ça fait partie de ma vie »*, raconte l'ergothérapeute P. (P4).

De plus, il est exprimé que reprendre une activité professionnelle offre un rythme dans la journée. Ce rythme, plus varié et plus proche du rythme passé des participant·e·s, occupe le quotidien d'une manière bien différente que les rendez-vous médicaux. Travailler a permis aux participant·e·s de se changer les idées et de s'occuper l'esprit ailleurs que dans la maladie : *« Ça sort un peu de tout ce cursus de maladie, de rendez-vous dans les hôpitaux, chez le médecin ça ouais, ça occupe un peu ouais, ça occupe l'esprit un peu, autre que tous les traitements en fait »*, manifeste la TRM (P2).

7.2.2. L'épanouissement professionnel

Le fait d'aimer sa profession joue un rôle crucial dans la motivation et le sens du retour au travail. Cette motivation intrinsèque joue un rôle-clé dans le retour au travail pour presque

tous·tes les participant·e·s à l'étude qui soulignent également le plaisir que procure l'exercice de leurs fonctions. L'ergothérapeute P (P4) déclare « *c'est vrai qu'en plus moi j'adore ce que je fais donc, j'étais super contente de reprendre* ». Le bien-être et l'appréciation des valeurs et des responsabilités liées au rôle professionnel participe également à la motivation de retourner au travail. L'infirmier (P3) rajoute qu'en plus d'aimer particulièrement son métier, son rôle au sein de l'entreprise l'a stimulé à reprendre le travail « *ça faisait 2 ans que je travaillais là-bas. (...) j'étais quand même responsable de l'étage, j'avais quand même déjà des responsabilités, j'étais dans la qualité des soins, j'étais apprécié comme employé donc non non. J'aimais bien aller là-bas, j'adorais. J'adorais mon boulot* ».

Le retour au travail est également une opportunité de retrouver les liens sociaux avec les collègues et ainsi, le plaisir de retrouver des relations sociales. Cette reprise des interactions professionnelles procure un bien-être significatif, car elle permet de sortir de l'isolement lié à la maladie et de retrouver un sentiment de normalité. Le plaisir de participer à des discussions quotidiennes, de partager des moments de convivialité et de collaborer à nouveau avec des collègues contribue à l'épanouissement personnel et au bien-être général : « *j'étais contente aussi parce qu'on sort un peu de la maladie en fait, en allant travailler on recrée un lien social ouais, on n'a plus trop l'étiquette malade* » exprime la TRM (P2).

7.3. Les facilitateurs du retour au travail

Le plaisir qu'éprouvent nos participant·e·s à exercer leur travail, ainsi que la reprise des rôles, des responsabilités et des liens sociaux, ont constitué des motivations essentielles à la reprise de leur activité professionnelle. Des éléments ont été mentionnés comme ayant facilité leur retour au travail, rendant cette reprise plus aisée et agréable. Différentes sources de soutien ont contribué à une reprise du travail favorable pour les participant·e·s, à savoir la hiérarchie, les collègues, les services de médecine du travail et de l'AI, ainsi que diverses formes d'accompagnement psychologique. La flexibilité, le calme et l'autonomie au sein du cadre de travail sont également d'importants facilitateurs de la reprise du travail, tout comme le recours à certaines ressources personnelles, telles que les habiletés de communication et l'investissement dans des activités positives.

7.3.1. Les sources de soutien

L'un des facilitateurs centraux lors de la reprise du travail pour les participant·e·s a été le soutien de la part de la hiérarchie, des collègues, de la médecine du travail, de l'AI et des services d'accompagnement psychologique. En effet, le soutien de la part de la hiérarchie a été un facteur capital pour les participant·e·s. Il leur a permis de réduire la pression et les inquiétudes liées au retour au travail et leur a donné le sentiment d'être compris par leurs supérieur·e·s, rendant ainsi la situation plus confortable. L'importance accordée à la maladie et à la guérison par la hiérarchie a également facilité le lâcher-prise, contribuant à un meilleur processus de guérison, comme le décrit l'infirmier (P3) : « *C'est-à-dire que ma cheffe elle m'a dit "maintenant tu es très malade, on parle plus boulot, on pense plus boulot, maintenant il faut que tu guérisses, faut que t'aïlles mieux" »* ».

Le soutien des collègues joue également un rôle significatif dans le processus de retour au travail. Leur compréhension de la situation permet de réduire le stress lors de la reprise. En effet, des collègues bienveillant·e·s et empathiques peuvent contribuer à un environnement de travail plus accueillant et participent à alléger la charge émotionnelle qui accompagne le retour au travail. C'est ainsi que nous l'exprime l'ergothérapeute SAD (P1) : « *j'adore mon équipe et ils ont été juste cadeau hein pendant toute cette période j'ai eu un soutien de fou* ». De plus, des ajustements au sein de l'équipe semblent aider la reprise du travail en allégeant la charge de travail. Parmi ces arrangements, il y a notamment le fait de confier à d'autres membres de l'équipe la prise en charge de patient·e·s complexes qui nécessitent une grande force physique ou beaucoup de patience : « *Ils étaient très bienveillants. Donc non je n'ai pas eu de diminution dans le cahier des charges par contre la dynamique d'équipe a fait que j'avais un programme plus allégé.* » nous exprime l'infirmier (P3). La solidarité dont les collègues font preuve a également été soulignée : « *genre dès qu'il y avait quelqu'un à aller lever, dès qu'il y avait euh, je ne sais pas, il y avait eu une chute, quelqu'un qu'il fallait aller voir pour le remettre au lit ou dès qu'il y avait un patient qui était agressif qui demandait quand même une certaine, un certain aplomb, d'être quand même bien sa peau. Là les collègues, ils allaient à ma place* ».

La médecine du travail a été relevée comme un service facilitateur grâce à son investissement en cas de désaccord avec l'employeur·euse, ainsi qu'à son rôle de coordination et de collaboration avec des services fédéraux et cantonaux de soutien (par exemple, l'AI). Leur capacité à fournir une écoute, tout en maintenant une posture externe à la situation a également été soulignée par les participant·e·s. L'infirmière du travail a permis d'ajuster le

retour au travail selon les besoins et les demandes grâce aux nombreuses prises de contact. Ainsi, elle est citée parmi les soutiens centraux à la reprise du travail, comme nous l'exprime l'infirmière SAD (P5) : « *Et pis on est tout le temps resté en contact que ce soit avec l'AI ou l'infirmière du travail pour voir comment se passait mon retour. Pour pouvoir ajuster etc.. (...) un des éléments clés aussi c'était le contact que j'avais avec l'infirmière du travail* ». Aussi, ces services peuvent apporter leur soutien en défendant les droits et l'application des recommandations médicales lors de la reprise progressive du travail. L'expérience de la TRM (P2) en témoigne : « *Moi d'ailleurs bah typiquement elle m'a dit non, elle a dit à mon chef elle dit non non non on ne va pas faire comme ça, c'est une reprise en douceur, il ne faut pas commencer à la... c'est elle qui va aller petit à petit et qui nous dira son rythme en fait, c'est voilà. Après faut pas non plus prendre une année pour se former (rires) mais ouais moi j'avais bien... j'avais bien apprécié.* ».

L'AI prend contact rapidement pour évaluer la situation. Elle offre un soutien essentiel à l'employé·e en compensant financièrement le pourcentage de travail manquant tout en s'assurant un suivi des capacités de l'employé·e en coordination avec l'employeur·euse et/ou les services de santé au travail. Ainsi, la reprise progressive du travail est facilitée. L'ergothérapeute P. (P4) verbalise que ce processus a été perçu positivement et qu'il a contribué à une réintégration efficace : « *Parce que justement tant qu'on ne peut pas reprendre le travail au pourcentage qu'on avait, l'AI compense* ».

Le soutien psychologique est primordial dans la reprise du travail. Il permet d'exprimer les craintes, développer la gestion et la distanciation émotionnelle. Ce soutien proposé par le service d'oncologie est décrit comme un complément aux soins hospitaliers. Il offre également un espace pour s'exprimer librement avec une personne externe au lieu de travail, sans craindre les répercussions que peuvent avoir les confidences : « *j'ai aussi été suivi par une psychologue qui est à l'hôpital, c'est un service d'oncologie et puis ouais c'est, ça nous aide bien à surpasser un peu... ses craintes, ses doutes... et puis elle me dit bah voilà maintenant faut pas vous comparer au patient tel et tel que vous avez eu... non, votre histoire c'est votre histoire et puis il faut... mais c'est pas facile de se détacher de ça* » nous exprime la TRM (P2).

7.3.2. Un cadre de travail favorable aux adaptations

Les possibilités d'adaptation et la flexibilité au sein du cadre de travail sont très importantes pour faciliter la reprise de l'activité professionnelle. La possibilité de reprendre le travail de

manière progressive, la flexibilité des horaires et l'adaptation des tâches ont notamment été relevées par les participant·e·s.

La reprise progressive du travail a été fondamentale pour tous·tes les participant·e·s. En effet, cette approche leur a permis de retrouver leur rythme progressivement, de réapprendre certaines pratiques et de mieux gérer la fatigue. La TRM (P2) souligne l'aide que lui a apporté la reprise du travail graduelle : *« ce qui m'a vraiment aidé c'est que j'ai recommencé petit à petit pour voir comment je me sentais. Parce que typiquement quand j'ai recommencé au mois de septembre jusqu'à décembre j'pense, je travaillais 4 heures le matin mais je dormais 4 heures l'après-midi tellement j'étais fatiguée. Donc vraiment une reprise graduelle m'a aidée. »*.

Une autre adaptation favorisant la reprise du travail est la flexibilité des horaires, par exemple en reprenant des heures supplémentaires pour réduire la durée des journées. De plus, en cas de fatigue excessive, une participante avait la possibilité de venir plus tard dans la matinée. C'est ce que nous verbalise l'ergothérapeute SAD (P1) : *« j'avais par exemple une grande quantité d'heures supp déjà d'avant tous mes soucis de santé et donc il y a des fois où on a convenu par exemple avec ma cheffe aussi que.. pour pas prolonger encore les congés maladie bah je lui dis mais moi je reprends quelques heures supp donc par exemple je faisais des journées où je... mangeais quelques heures supp »*.

Pouvoir adapter les tâches est également une ressource importante car cela prévient des situations potentiellement complexes qui pourraient poser des défis physiques, empêchant ainsi les participant·e·s de mettre en œuvre les techniques nécessaires pour accomplir leur travail de manière efficace : *« (...) j'avais la chance d'avoir une collègue ergo, (...) quand il y avait des choses du genre où il fallait peut-être mettre des plots sous le lit ou bien faire les transferts avec des personnes qui faisaient peut-être pas 40 kilos du coup c'est elle qui prenait ces situations, parce que moi je pouvais pas... du tout assumer ça. »* nous explique l'ergothérapeute SAD (P1).

L'autonomie et l'environnement tranquille au travail sont deux éléments facilitants de la reprise. L'autonomie permet aux soignant·e·s de pouvoir organiser leurs journées comme ils·elles le souhaitent et en tenant compte de leurs besoins. L'environnement tranquille permet de ne pas avoir trop de stimulations externes, ce qui est plus favorable à un retour au travail serein. C'est ce qu'exprime l'ergothérapeute P. (P4) : *« C'était, non mais ça a été vraiment fait super bien. L'environnement bah c'est vrai qu'on a déjà un environnement vraiment super positif et très*

tranquille, on est très autonome aussi dans notre façon de travailler etc. donc ça s'était déjà le cas donc ça a contribué ».

7.3.3. Le recours à des ressources personnelles

Des éléments intrinsèques à la personne permettent de rendre le retour au travail plus facile. Ainsi, différentes ressources personnelles ont été sollicitées par les participant·e·s et relevées comme facilitantes de la reprise de l'activité professionnelle. Parmi celles-ci, la facilité de communication, la résilience et l'investissement dans des activités ressources.

La facilité de communication concernant sa situation et ses besoins a été décrite comme essentielle par la majorité des participant·e·s. Le fait de communiquer sur sa situation auprès, notamment, de ses collègues permet une meilleure compréhension, soutenant ainsi de meilleures possibilités d'adaptation du travail. De plus, la capacité d'exprimer ses besoins peut permettre de rompre certains malaises et tabous liés à la maladie. L'infirmière SAD (P5) nous exprime : *« j'ai pris le choix au travail de vraiment beaucoup communiquer avec mes collègues, aussi avec la planif' parce que c'est eux qui font mon planning, de dire bah là en fait ça fait trop etc.. Et pis si ça allait pas je remontais à mes chefs. »*

La force de caractère est une ressource personnelle qui aide à ne pas se laisser submerger par les événements, tels que les appels incessants des assurances pour obtenir des informations ou encore pour faire face aux rumeurs propagées par les collègues. C'est ce qu'exprime l'infirmier (P3) : *« J'ai quand même dû avoir du caractère, je suis quelqu'un qui a une personnalité assez forte, je ne me laisse pas faire et c'est vrai que j'ai quand même eu des appels pas très courtois avec la caisse par exemple la caisse LPP du boulot (...) un fort caractère ça c'est un facilitateur. Faut pas se laisser faire non plus. »*

Pour terminer, l'investissement dans des activités de loisirs a été une ressource importante pour les participant·e·s en parallèle à la reprise du travail. Ces activités leur ont permis de se reconnecter avec des aspects de leur identité qui ne sont pas liés à leur maladie ou à leur travail. De plus, elles permettent de se ressourcer. L'ergothérapeute SAD (P1) nous explique comment l'investissement dans d'autres activités a été une ressource pour elle dans la reprise du travail. *« faire la photo, j'adore écrire, j'écris beaucoup. J'aime beaucoup me balader, je... c'est un peu mon... ma façon de me ressourcer c'est de marcher le matin à l'aube ».* Cet équilibre entre vie professionnelle et loisirs aide à gérer le stress et favorise le bien-être général, facilitant ainsi le retour au travail en permettant aux participant·e·s de restaurer leur énergie mentale et de renforcer leur résilience face aux défis professionnels.

7.4. Les obstacles du retour au travail

Le retour au travail après un cancer est cependant une expérience complexe, marquée par diverses difficultés et défis. Les dynamiques relationnelles sur le lieu de travail sont souvent impactées : la perception du cancer par les autres, en particulier des collègues et des supérieur·e·s hiérarchiques, s'accompagne souvent de préjugés ou d'incompréhensions. Les effets secondaires, visibles ou non, impactent profondément la performance professionnelle. De plus, les contraintes spécifiques au milieu de travail dans le secteur de la santé ajoutent de la complexité, notamment en raison du travail physique et des projections émotionnelles sur les patient·e·s. Enfin, la perte de confiance en ses capacités de travail, exacerbée par la perte des automatismes ou la nécessité de s'adapter à un nouvel environnement de travail, constitue un défi majeur.

7.4.1. Les perturbations des dynamiques relationnelles

Des participant·e·s de l'étude ont rapporté avoir constaté, lors de leur retour au travail, que la perception du cancer parmi leurs collègues engendrait diverses difficultés relationnelles sur le lieu de travail. Certain·e·s collègues peuvent changer de comportement. La dynamique relationnelle est ainsi modifiée et ne redevient parfois jamais la même. Ce changement crée une barrière invisible qui affecte les relations professionnelles. Le manque de connaissances sur les différents types de cancer, leurs traitements, ainsi que leurs impacts au quotidien, engendre des préjugés, comme l'a expérimenté l'infirmière SAD (P5) atteinte d'un cancer de la thyroïde : *« C'est un cancer qui est très peu connu et qui est vraiment vu comme un cancer assez facile. (...) Cette idée populaire c'est : cancer de la thyroïde très peu de mortalité, on enlève la thyroïde on te donne des médicaments pis c'est bon. En fait c'est pas du tout, du tout, du tout ça. C'est ok très peu de mortalité mais ça reste un cancer »*. De plus, le cancer est une pathologie qui a tendance à effrayer les gens, ce qui ne fait qu'amplifier les fausses croyances, comme la perception d'une mort inévitable. *« Les collègues ça dépend, ça a été plus compliqué. Certaines ça a été super et c'était..., ouais ça a été vraiment très bien et elles ont été tout à fait bienveillantes et tout. D'autres je pense que le cancer fait peur donc elles se sont certainement faites des idées ou montées des idées ou je ne sais quoi et pis ça leurs faisaient un peu peur que je revienne »*, exprime l'ergothérapeute P. (P4). Cette même participante rajoute que les effets visibles des traitements du cancer accentuent les malaises et les regards. *« Le retour au travail, j'avais encore pas de cheveux parce qu'ils ont mis un temps fou à repousser (...). L'image c'est quelque chose qui reste assez présent. Ça reste, on est*

stigmatisé, mais je comprends c'est pas une critique du tout mais ça reste quelque chose de compliqué ».

La méconnaissance du cancer et de ses conséquences ne se limite pas seulement aux collègues. Elle concerne également les supérieur·e·s hiérarchiques. L'infirmière SAD (P5) a particulièrement été touchée par cette réalité. Ses supérieur·e·s n'ont pas pu lui offrir le soutien nécessaire à son retour au travail. Au lieu de cela, ils·elles ont exprimé des remarques de reproches et des jugements qui, bien qu'attribuables à une méconnaissance des réalités du cancer et de ses traitements, ont été profondément blessants. *« J'ai eu une rencontre avec mes cheffes pis en gros on m'a demandé comment était mon attitude depuis une année. Parce que j'étais pas l'infirmière la plus pro-active là depuis que, bah j'ai recommencé février 2023 à mon pourcentage initial. Donc ça fait pile une année et en gros on me faisait comprendre que j'avais pas été très pro-active dans la dernière année ».* Elle ajoute *« ce qui est difficile de faire comprendre aux gens c'est que quelqu'un qui revient d'un cancer, d'entendre « ah t'as fait du sport pendant ton arrêt » ou « t'as pas été très pro-active » ou « tu fuis le bureau », ça c'est difficile. En mode c'est difficile... quand toi t'es en encore là, t'es encore un peu la tête dans l'eau franchement ».*

L'incompréhension et la méconnaissance des collègues et de la hiérarchie restent pour la plupart des participant·e·s les obstacles les plus difficiles à surmonter. Cette situation les empêche souvent de discuter ouvertement de leur maladie : *« C'est pas facile de parler avec les collègues parce qu'ils savent pas ou ils connaissent pas. (...) Donc ça j'ai pas pu tellement discuter avec eux parce qu'ils vont pas comprendre, ils ont pas vécu cette expérience en fait donc c'est difficile »*, exprime la TRM (P2). En outre, les individu·e·s peuvent éprouver des difficultés à comprendre pleinement leur propre situation et à prendre du recul, ce qui peut également influencer les dynamiques relationnelles. Il devient souvent difficile pour eux d'exprimer et d'expliquer leur situation et leurs besoins de manière cohérente aux autres. L'ergothérapeute P. (P4) l'exprime : *« Je pense que la difficulté vraiment quand on revient c'est que les gens ils... et c'est pas méchant mais comprennent pas ce par quoi t'es passé. (...). Ils me posaient des questions pis j'étais là en fait moi-même j'arrive pas à savoir ce qui est en train de m'arriver. Et j'arrive pas du tout à mettre des mots sur ce qui m'arrive donc je peux pas vous expliquer ».*

7.4.2. Les effets secondaires qui limitent la performance professionnelle

Les traitements contre le cancer entraînent de nombreux effets secondaires visibles ou non, tels que la fatigue, les troubles du sommeil, les impacts psychologiques et une fragilité physique, qui peuvent avoir un impact significatif et négatif sur le retour au travail. Ces conséquences passent souvent inaperçues par l'entourage professionnel. La fatigue ressentie par presque tous·tes les participant·e·s de l'étude est particulièrement prédominante. Cette fatigue extrême les a impactés de diverses manières. D'un point de vue professionnel, la fatigue a restreint la capacité à travailler efficacement sur une journée complète et a ainsi entraîné une diminution de la productivité au travail. D'un point de vue personnel, elle a grandement limité le nombre d'activités réalisables et a donc restreint les interactions sociales. L'ergothérapeute SAD (P1) explique : *« très vite je me suis rendue compte j'arrive à bosser le matin mais pas l'après-midi, en tout cas au début. (...) c'est-à-dire, même quand je travaille que le matin hein je... l'après-midi je faisais la sieste. Le soir j'étais ici, je lisais, je faisais des téléphones et autre mais vraiment je... j'ai énormément réduit mes activités (...) Donc oui un sérieux frein on va dire dans les choses euh... comment dire ça, l'activité et les activités sociales quoi, ouais »*. Les troubles du sommeil, qui font partie des effets secondaires bien connus du cancer et de ses traitements contribuent de manière significative à cette fatigue. Une participante de l'étude a été particulièrement affectée par ce phénomène, ce qui a entraîné une fatigue accrue et une diminution de la capacité à se concentrer et à fonctionner efficacement au travail. Ces troubles ont même parfois engendré des absences au travail car elle était trop épuisée pour s'y rendre. *« Il y avait des fois où bah 21h je dormais parce que je me voyais plus les mains le soir et puis à 00h00 j'étais réveillée et puis je pouvais pas redormir jusqu'à 04h30 du matin par exemple. (...) j'ai eu fait où je téléphonais en fait pour dire j'arrive pas à venir »*, explique l'ergothérapeute SAD (P1).

Les impacts psychologiques sont profonds chez les survivant·e·s du cancer, comme l'ont exprimé la quasi-totalité des participant·e·s à l'étude. Ces défis émotionnels peuvent perdurer et rendre la reprise du travail plus difficile. En effet, la reprise du travail se retrouve marquée par des doutes persistants, des craintes et une sensibilité émotionnelle augmentée. Face à certain·e·s patient·e·s et certaines situations professionnelles, la sensibilité accrue et les émotions peuvent prendre le dessus. Des difficultés de gestion émotionnelle peuvent apparaître lors des soins, comme l'ergothérapeute SAD (P1) raconte : *« le traitement il nous rend quand même aussi très sensible mais il y a eu des moments où je pense que j'étais beaucoup moins forte peut-être qu'avant et où je devais peut-être faire attention de pas laisser*

mes émotions prendre le dessus on va dire, pendant la thérapie ou pendant le moment avec le patient ». Ces aspects sont souvent négligés dans le processus de reprise du travail, comme la TRM (P2) explique : « il y a tout l'aspect psychologique qui fait que c'est invisible donc les gens ils disent bah là elle a fini ses traitements c'est bon euh... ouais mais... il y a tout ce processus là à surpasser en fait ».

Certain·e·s participant·e·s ont également ressenti une fragilité physique à long terme. La fatigue persistante, la diminution de la résistance physique et parfois même des séquelles permanentes comme des douleurs et des faiblesses musculaires peuvent limiter leur capacité à accomplir pleinement leurs tâches professionnelles. Après son cancer du sein, l'ergothérapeute SAD (P1) évoque les possibles fluctuations de cet état de fragilité physique, malgré le temps qui a passé depuis le diagnostic : *« cet après, mais qui est encore le cas maintenant hein, je peux même dire que c'est encore le cas maintenant alors que ça fait 3 ans et demi. Il y a des moments maintenant encore où j'ai des espèces de relents de fragilité comme ça, quand je.. par exemple j'ai une journée moins bien ou que j'ai de nouveau ça me tire ou les choses comme ça ».* À la suite de sa leucémie, l'ergothérapeute P. (P4) vit avec une baisse de l'immunité qui la rend vulnérable aux maladies et infections courantes. Cela peut entraîner des absences fréquentes au travail et une difficulté à maintenir sa santé physique stable. Elle exprime *« j'ai quand même eu pas mal d'absence maladie pendant 4-5-6 ans après ma reprise parce que je reste encore aujourd'hui super fragile à tous les virus qui passent alors je vous explique pas le COVID, là ça a été le bonheur. (...) donc je nécessite plus de soins médicaux que quelqu'un d'autre quand j'ai un, que ce soit je sais pas une sinusite voilà, pis j'ai quand même des fragilités, (...). Pareil j'ai des sinusites chroniques depuis, voilà, ce qui n'est de nouveau pas très grave mais qui peut être embêtant donc il me faut des fois manquer le travail ».*

7.4.3. Les contraintes spécifiques du travail dans le secteur de la santé

Les contraintes spécifiques au milieu de la santé occupent une place centrale dans nos résultats. Elles sont souvent évoquées par les participant·e·s comme des défis significatifs entravant leur retour au travail. En effet, les métiers de la santé sont particulièrement exigeants sur le plan physique, ce qui rend le retour au travail encore plus difficile pour celles et ceux qui ont été affaiblis par le cancer. Les tâches quotidiennes dans ces professions requièrent souvent une endurance et une force considérables, comme pour la mobilisation des patient·e·s ou la mise en place d'équipements. L'ergothérapeute SAD (P1) témoigne : *« en*

ergo on a quand même par moment un job un peu physique et c'est vrai que bah par rapport aux opérations moi il y avait des mouvements que je pouvais vraiment pas du tout faire hein. Au début je pouvais pas lever le bras plus que ça, je pouvais pas porter plus qu'un kilo. Donc ces conditions c'est vrai que si.. j'aurais.. peut-être que j'aurais bossé dans un bureau sur l'ordi, j'aurais pu reprendre plus vite mais en fait, le fait que je devais aussi conduire voilà dans les soins domicile, transporter du matériel, au cas où mobiliser les gens, ça c'était vraiment incompatible avec mon état ».

Cependant, les défis ne sont pas seulement physiques. Les participant·e·s sont souvent confronté·e·s à des exigences émotionnelles et psychologiques importantes lorsqu' ils·elles traitent avec des patient·e·s atteint·e·s de cancer. En tant que professionnel·le·s de santé ayant vécu eux-mêmes la maladie, ils·elles peuvent ressentir des émotions intenses et un stress accru lorsqu'ils·elles sont confronté·e·s à des situations similaires à celles qu'ils·elles ont vécues. Des similitudes dans les diagnostics, les traitements et expériences peuvent faire écho à leur expérience personnelle. De plus, lorsque les soignant·e·s doivent affronter la douleur et les souffrances des patient·e·s, cette tâche devient d'autant plus complexe et épuisante lorsqu'ils·elles se sentent eux-mêmes vulnérable. Cette situation peut engendrer des difficultés dans le soin auprès de certain·e·s patient·e·s. Les participant·e·s se sont vus se projeter à travers leurs patient·e·s et revivre leur propre expérience de la maladie. L'ergothérapeute SAD (P1) décrit comment être confrontée aux modifications physiques d'une patiente peut réveiller souvenirs et émotions: *« je me souviens voilà d'avoir pris en charge une dame (...) et je me souviens que quand cette dame s'est déshabillée elle avait qu'un sein et elle avait une balafre (...) bah par exemple dans ces moments-là je me suis dit « purée là il faut que tu restes professionnelle » parce qu'évidemment de voir ça moi ça me fait... ça me faisait remonter des choses très très profondes à mon niveau ».* Accompagner un·e patient·e qui souffre d'une maladie dont les participant·e·s sont ou ont également été atteint·e·s peut aussi entraîner la peur. En effet, ces professionnel·le·s sont constamment ramené·e·s à leur propre vulnérabilité, aux défis qu'ils·elles ont surmontés ainsi qu'aux possibles défis futurs. La TRM (P2) souligne le poids de la comparaison entre leur situation et celle de leurs patient·e·s, ainsi que la possibilité de rechute : *« bah en fait, ouais c'est de la peur parce qu'on a tout de même, même si on a fini les traitements bah on est toujours dans une sorte de rémission on va dire, on est en rémission. Donc on voit des gens qui ont un stade euh... bah beaucoup plus avancé que nous puis je me disais bah ça va peut-être m'arriver à moi aussi, enfin ouais, une peur de... ouais de la maladie en fait parce que ouais, de ce que j'avais pas avant ».* Les challenges émotionnels et psychologiques du travail en milieu de soins ne sont pas à sous-

estimer lors du retour au travail des soignant·e·s. Il est nécessaire d'y être préparé·e·s. L'infirmière SAD (P5) explique qu'il est crucial d'être prêt psychologiquement pour faire face à cette patientèle : « (...) *si j'avais pas été prête psychologiquement je pense que le lendemain j'étais de nouveau à l'arrêt parce que ça m'avait replongé dans tout ce que j'avais vécu* ». Pour certain·e·s professionnel·le·s, il est possible de changer de domaine de soins pour prendre de la distance avec la maladie oncologique, pour d'autres, notamment pour le domaine de la radiologie médicale, il existe peu de possibilités de réaffectation dans d'autres services afin d'éviter la confrontation avec des patient·e·s atteint·e·s par le cancer. La TRM (P2) souligne cette limitation : « *On peut aller travailler dans un institut privé, mais ça reste quand même... on est confronté à des personnes qui ont eu la même maladie que moi. Tandis qu'une infirmière vous pouvez travailler bah... une infirmière en chirurgie ou bien en pédiatrie* ».

7.4.4. La diminution de la confiance en ses compétences professionnelles

Après avoir traversé la maladie et lors de leur retour au travail, les participant·e·s ont éprouvé des remises en question concernant leurs capacités à travailler. En effet, les impacts physiques et émotionnels du cancer influencent leur confiance en eux·elles, les menant à douter de leurs aptitudes à accomplir leurs tâches avec la même efficacité qu'auparavant. « *Ca m'arrive encore de m'interroger et de me dire euh... ouais est-ce que je suis.. est-ce que je suis encore une bonne ergo ? Est-ce que je suis efficace comme avant ?* », partage l'ergothérapeute SAD (P1).

De plus, en étant absent·e·s de leur travail pendant un arrêt maladie de longue durée, certain·e·s automatismes se perdent et doivent être réappris. Les compétences techniques et les routines peuvent s'affaiblir avec le temps. Cette perte progressive de familiarité avec les tâches professionnelles peut contribuer à une diminution de la confiance en ses propres compétences. La TRM (P2) exprime : « *bah il m'a fallu pas mal de temps quand même parce que... mine de rien quand on arrête une année euh... toutes les petites choses qu'on fait machinalement, bah ça, ça se.. même en une année ça se perd euh... ça se perd assez* ».

A cette perte d'automatismes, peut également s'ajouter un changement d'environnement de travail. Dans cette situation, les défis sont décuplés : faire face aux défis du rétablissement et du retour au travail ainsi qu'à l'adaptation à un nouvel environnement de travail. Pour la TRM (P2), le retour au travail s'est réalisé dans un nouvel hôpital par suite d'un changement d'emploi avant le début du cancer. Cette transition s'est avérée complexe : « (...) *en ayant*

plus les automatismes que j'avais avant donc ouais, en plus moi je connaissais pas cet hôpital donc du coup euh... ouais il y a eu pas mal de (rires) pas mal de... de choses à mettre en place au début ouais ».

7.5. Les changements perçus lors du retour au travail

Après un traitement de cancer, de nombreux aspects de la vie personnelle des individu·e·s peuvent changer et être remis en question. Grâce au développement de la capacité à s'écouter, des changements de priorités s'opèrent dans la vie de nos participant·e·s. Cela les pousse parfois à faire passer le travail après leur vie personnelle et leurs autres besoins. Le vécu du cancer entraîne également une évolution de la posture professionnelle, notamment à travers une remise en question du rôle « d'expert·e » des soignant·e·s, une meilleure compréhension du parcours des patient·e·s et une sensibilité accrue.

7.5.1. Le changement des priorités

Pour commencer, les participant·e·s ont appris à écouter leurs besoins et leurs envies. Cela les a amené·e·s à changer leurs modes de vie, à adapter leur rythme et à le revoir à la baisse. La maladie est ainsi interprétée comme un signe de détresse que leur envoie leur corps. Cette écoute de soi permet aux participant·e·s de s'affirmer et de poser leurs limites, comme nous l'exprime l'ergothérapeute P. (P4) : *« mes défenses elles avaient été vraiment beaucoup trop poussées à la limite puis un jour bah ça a dit stop. Alors ça a dit stop un petit peu fort hein, je me suis quand même dit bon là le message il est passé c'est ok. Ce qui me permet aujourd'hui de quand même mettre ma limite bien plus tôt que ce que je faisais avant, donc comme la photo il faut retirer du positif du négatif. »*

La capacité à s'affirmer et à s'écouter, renforcée par l'expérience du cancer, amène donc les participant·e·s à réévaluer leurs priorités et leur perception du travail. Une priorisation de la santé et de la vie privée est décrite par les participant·e·s. Le travail n'a alors plus la même importance dans leur vie, ce qui permet, par exemple, de s'infliger moins de pression au travail, comme l'exprime l'infirmière SAD (P5) : *« Mais je pense que je me mettais une plus grosse pression avant. En fait, quand je suis revenue de mon cancer, je me disais ok, bah en fait ma santé mentale et ma santé ainsi que ma vie privée sont prioritaires et j'avais nettement moins d'heures supp, enfin clairement mon travail était plus devenu un truc alimentaire. »*

Ces changements de perception du travail et de priorités peuvent engendrer une sensation de décalage avec les collègues qui n'ont pas traversé les mêmes épreuves. Ce décalage peut se manifester par une différence dans l'engagement et l'implication au travail. En effet, la maladie

peut modifier la perception et les priorités professionnelles, comme le verbalise l'infirmière SAD (P5) : *« j'avais l'impression d'être complètement en décalage. (...) mais y'avait des questionnements, et c'est juste hein, c'est des questionnements qui sont justes, mais tu vois typiquement c'est des questionnements d'employés plus proactifs en mode « ouais on fait quoi etc.. » alors que moi j'étais juste en mode « je veux faire mon taf pis rentrer chez moi me reposer. »*.

Tout cela amène un besoin de renouveau dans la vie professionnelle. Ces changements s'accompagnent d'une évolution personnelle profonde, résultant de l'expérience du cancer. Cette épreuve amène les participant·e·s à réévaluer leurs priorités et leurs aspirations, les poussant à une quête de sens dans leur carrière, comme l'exprime l'ergothérapeute SAD (P1) : *« ...en novembre je me suis dit tout va bien au boulot, j'adore ce que je fais je pense que l'ergo c'est le plus beau métier du monde mais je peux pas, je peux pas continuer comme ça, j'ai besoin qu'il y ait un truc qui change en fait, je suis une autre femme et puis je... il faut que j'aille m'expérimenter ailleurs en fait, c'était vraiment ça quoi »*. Tous·tes les participant·e·s ont poursuivi leurs activités professionnelles dans le domaine des soins. Le besoin de changement a cependant amené deux participant·e·s sur cinq à changer d'entreprise, notamment pour être plus en accord avec leurs nouvelles priorités. Le désir d'avoir plus de temps pour d'autres activités, telles que les loisirs ou le repos, influence également les décisions liées aux changements de lieu de travail, comme le verbalise l'infirmière SAD (P5) : *« ... là j'ai trouvé un travail qui permettait de plus mettre en avant ma vie privée et ma vie sportive et c'était clairement ce que j'avais envie. »*. Cette dernière avait notamment besoin d'horaires plus souples : *« ...c'est aussi des soins à domicile mais dans une structure privée et donc du coup ils ont aussi un système d'horaire qui est plus adaptable à ma vie, où ouais, tu travailles tout d'un coup à fond, mais après j'ai deux ou trois semaines de récup', et pis oui ça permet de... tu sais que pendant la semaine de travail tu travailles, mais après ça me permet aussi d'avoir des récupérations et de pouvoir mettre ma vie privée en avant. Parce que maintenant c'est le choix un peu que j'ai fait avec le cancer. »*

7.5.2. L'enrichissement de la posture professionnelle

Des changements sont également décrits au niveau des pratiques professionnelles dans les soins. Effectivement, l'expérience de la maladie a permis aux participant·e·s d'enrichir leurs propres pratiques professionnelles. Pour commencer, des changements sont notamment exprimés au niveau de la posture professionnelle. Le fait d'avoir expérimenté le rôle de

soigné·e a permis aux participant·e·s d'évoluer dans leur façon de se positionner face à leurs patient·e·s et à leurs collègues. Par exemple, l'infirmier (P3) exprime avoir diminué les exigences qu'il avait envers ses collègues : *« Avant, je voyais un pansement à 10h30 qui avait toujours pas été fait, bah j'allais vers l'infirmier et je disais « ouais ton pansement tu aurais dû commencer par ça, parce que là c'est en train de couler, c'est dégueulasse », alors que maintenant j'ai plus une vision des soins, plus bah on fait comme on peut et pis s'il y a des choses qui sont pas faites à telle heure, c'est pas grave ».*

En dehors du positionnement par rapport aux collègues, l'expérience du cancer fait également évoluer la façon de percevoir le rôle de soignant·e, ce qui permet de remettre en question les savoirs acquis, l'expertise des professionnel·le·s de santé et la manière de les utiliser, comme l'expliquer l'infirmier (P3) : *« ... j'étais pas content d'avoir un cancer mais...ça a tellement changé ma vision du soin et surtout du soignant. Quelle image on a, tu sais des fois on a une image du soignant que ce soit ergo, inf ou physio qui sait tout, qui va apporter de la connaissance « moi je sais, je vais vous accompagner ». Pis en fait non, c'est-à-dire que ça m'a remis en place ».*

Ce changement de posture et de perception du travail peut être lié à la compréhension du parcours de soins que le cancer a apporté aux participant·e·s de cette étude. Effectivement, l'expérience du cancer amène une nouvelle compréhension de la maladie et de tout ce qui l'entoure, comme l'exprime l'infirmier (P3) : *« Cette situation où je me suis dit, bah voilà moi aussi je suis tombé malade, moi aussi je sais ce que c'est maintenant d'avoir vu une infirmière, que ça fait une demi-heure qui me dit qu'elle va passer me donner une réserve de morphine et pis qu'elle vient pas et pis que moi j'ai mal, et pis que l'infirmière elle revient et qu'elle est toute désolée et qu'elle est stressée. Maintenant j'ai vécu tout ça aussi ».*

L'expérience du parcours de soins et de la maladie permet à certain·e·s des participant·e·s d'augmenter leur sensibilité envers leurs patient·e·s et les situations qu'ils·elles rencontrent. Le fait d'avoir vécu un cancer joue un rôle en amenant une compréhension de la souffrance et de la maladie, comme le verbalise l'ergothérapeute SAD (P1) : *« (...) je pense que de voir des corps souffrant ou des corps qui ont souffert, même si j'en avais déjà vu, mais de l'avoir vécu dans ma chair je pense que ça a ouvert des portes en moi de... je sais pas comment dire ça bien, mais peut-être d'une autre forme de sensibilité, d'une autre forme d'écoute, d'une autre forme d'accueil en fait du récit de douleur, qui, je pense et j'espère, sont utiles dans une prise en charge. »*

L'expérience de la maladie comprend également celle des effets secondaires des traitements. Le cancer a permis aux participant·e·s d'ouvrir les yeux sur l'impact des effets secondaires, qu'ils soient visibles ou invisibles, ainsi que leur complexité et ce qu'ils induisent. La fatigue, les nausées ou encore les troubles de mémoires sont certains de ces aspects. La TRM (P2) verbalise concernant les effets secondaires du cancer : « ... *quand on est confronté dans le milieu médical aux personnes, au patient qui vient, voilà on se rend pas compte de tous ces effets secondaires. Nous on voit surtout la perte de cheveux et tout mais on voit pas toute la fatigue, les nausées. C'est sûr que quand on est là-dedans on se rend bien compte de ce que c'est, ouais* ». Le cancer a donc permis d'amener une compréhension plus fine de la souffrance qu'engendre une maladie, qu'elle soit physique ou mentale, comme l'exprime l'ergothérapeute P. (P4) : « *Parce que quand on a vécu, parce que quand on a souffert, parce que quand on a eu peur pour sa vie bah forcément que y'a des choses qu'on comprend beaucoup mieux de quelqu'un qui souffre aussi dans sa vie.* ».

En lien avec cette sensibilité, le fait de comprendre ce que signifie d'être le·la patient·e et d'être plus sensible à la situation des soigné·e·s a permis une remise en question de la manière dont les participant·e·s communiquent avec leurs patient·e·s et leur transmettent des informations. Notamment en se montrant plus attentifs au vocabulaire utilisé. Effectivement, le fait d'avoir reçu des informations parfois peu compréhensibles sur ce qui les attendait dans leur parcours de soins a sensibilisé certain·e·s des participant·e·s à la manière de communiquer. L'ergothérapeute SAD (P1) explique : « ... *on a des fois l'impression qu'on sait de quoi on cause, bah vous en savez aussi quelque chose je pense, notre jargon médical on se rend même plus compte qu'on utilise des termes et puis s'assurer aussi que l'autre a compris, vraiment ces espèces de feedback où on s'assure qu'il a compris. Et ça je pense que j'en étais consciente mais je pense que d'avoir traversé ça moi-même ça m'a encore plus sensibilisé à ça et peut-être, alors moi je suis pas dans une profession où j'annonce des diagnostics affreux et où je suis dans cette première ligne comme ça, mais même je trouve que même à mon niveau en ergo, de s'assurer que les gens ils ont compris de quoi on parlait, qu'ils ont compris l'importance des objectifs qu'on a posé, de ce qu'ils doivent faire comme travail pour eux, chez eux, voilà et pas juste balancer les infos.* »

En plus de la façon de communiquer des informations, le fait d'avoir vécu le rôle de soigné·e a également impacter la manière dont le·la professionnel·le interagit avec les patient·e·s. En effet, l'écoute des besoins des patient·e·s est davantage mise en avant, tout en étant plus attentif aux difficultés qu'ils·elles rencontrent. Le cancer amène une compréhension de la

place de soigné qui impacte et fait évoluer la pratique actuelle en offrant de l'aide aux patient·e·s d'une manière plus centré sur leurs besoins, comme l'exprime l'ergothérapeute P. (P4) : *« Ça me permet aussi d'avoir expérimenté le fait d'être aidée, d'avoir besoin d'aide, d'avoir besoin de soins, donc peut-être j'ai une approche différente quand je leur propose mon aide, donc je pense que ça ça marche bien. »*

Finalement, toute cette expérience permet d'améliorer le lien avec le·la patient·e. Les situations vécues par chacun·e peuvent servir de base pour engager une discussion et créer un lien thérapeutique avec le·la patient·e. Les expériences et parcours similaires rapprochent. L'infirmier (P3) dit : *« ...et en même temps c'était une opportunité parce que j'ai une dame que je suivais (...) elle c'est une dame qui s'ouvrait très peu aux autres et là elle a commencé à s'ouvrir à moi en me disant qu'elle avait eu un de ses fils jeune qui était décédé d'un cancer et que ça lui faisait rappeler une situation, fin en me voyant elle se rappelait son fils puis on a pu beaucoup en discuter de son fils. Donc, c'était une opportunité aussi de tomber malade, pis de voir des patients qui s'ouvre un peu plus quoi. »* Il finira par verbaliser à propos de son cancer : *« du coup aussi difficile que ce soit, j pense que ça permet aussi d'être plus en lien avec le patient. »*

8. DISCUSSION

Cette étude explore les répercussions du cancer sur les professionnel·le·s de la santé, à travers une analyse approfondie des résultats issus d'entretiens qualitatifs. Elle permet de compléter la compréhension de l'expérience du retour au travail après un cancer chez les soignant·e·s, ce qui constitue un aspect innovant pour la littérature scientifique. Celle-ci ne contient que très peu d'études sur le sujet.

Pour rappel, la question de recherche principale ainsi que les trois sous-questions de l'étude sont :

Comment les professionnel·le·s de la santé HES atteint·e·s d'un cancer vivent-ils/elles la reprise d'une activité professionnelle dans le milieu des soins ?

- Comment évoluent les parcours professionnels ?
- Quelles difficultés et quels changements sont rencontrés ?
- Quels sont les besoins relatifs au retour au travail ?

Les résultats obtenus révèlent que le retour au travail est marqué par une réévaluation des priorités personnelles et professionnelles, mettant en évidence un désir accru de bien-être personnel par rapport aux exigences préalables du travail. De plus, les participant·e·s ont montré une adaptation de leurs pratiques professionnelles, influencées par leur expérience en tant que patient·e·s. Ceci se traduit par une sensibilité accrue aux besoins des patient·e·s. Les défis rencontrés incluent la gestion de la fatigue persistante et l'adaptation aux nouvelles limites physiques et émotionnelles, malgré une volonté continue de contribuer efficacement dans leur domaine. Enfin, les besoins identifiés pour un retour au travail réussi incluent la nécessité de milieux professionnels plus flexibles et compréhensifs, ainsi qu'un soutien accru en santé mentale et émotionnelle pour faciliter leur réintégration professionnelle.

8.1. Comment évolue les parcours professionnels ?

L'examen des parcours professionnels des individu·e·s ayant survécu au cancer soulève la question cruciale de l'évolution de leur carrière après une telle épreuve. L'entièreté des participant·e·s à l'étude a commencé par reprendre le même poste qu'auparavant. Des changements de poste ont été effectués par deux de nos participant·e·s, notamment pour être plus en accord avec leurs nouvelles priorités. Cependant, personne n'a changé de profession. Des thèmes communs ont été identifiés pour expliquer leur motivation à retourner au travail. Le retour à la normale et la reconstruction identitaire sont les raisons les plus fréquemment

mentionnées. Cette dimension de normalité est essentielle pour les participant·e·s, qui ont expliqué que le travail leur permettait de reconnecter avec des rôles sociaux et personnels, de se sentir à nouveau utile en contribuant activement à la société après une longue période sans cette sensation gratifiante.

Sur ce point, les résultats correspondent à ce qui apparaît dans la littérature actuelle. En effet, d'autres chercheur·euse·s sont en accord avec cela, comme Morrison et Thomas (2014) qui soutiennent que le travail devient une porte ouverte vers la normalité, l'identité sociale et la résilience. Retourner au travail a permis aux participant·e·s de se décentrer de la maladie et de s'éloigner des stigmates de mort et d'incapacité qui en découlent. Comme le souligne Tarantini et al. (2014), cette transition symbolise une forme de guérison et de progression vers une vie normale. Travailler a permis aux participant·e·s de rythmer leur journée à nouveau et a offert la possibilité de s'occuper l'esprit ailleurs que dans la maladie et les traitements, confirmant que le travail peut distraire les individu·e·s du cancer, comme le notent Morrison et Thomas (2014). En outre, les résultats affirment que le retour au travail est vivement motivé par le plaisir de reprendre une activité professionnelle appréciée. De plus, l'appréciation des valeurs ainsi que des responsabilités professionnelles renforcent cette motivation. Selon Chassaing et Waser (2010), « travailler, c'est aussi se sentir reconnu, toute personne a besoin d'un jugement d'utilité, de reconnaissance de la part de ses pairs, d'appartenance à un groupe, de compétences pour une tâche... » (p. 104).

Les participant·e·s soulèvent l'importance de diminuer le rythme de travail. Ceci permet d'être plus en accord avec de nouvelles priorités. De plus, le cancer peut être interprété par les participant·e·s comme un signe du corps manifestant un rythme de vie trop élevé. Le travail n'était pas cité comme étant la cause du cancer par les participant·e·s. Il a pu cependant être relevé dans la littérature que le travail et le stress engendré par le travail pouvaient être considérés comme l'une des causes du cancer par les personnes touchées par cette maladie (Tarantini et al., 2014). Mais il est également montré dans les écrits qu'un fort besoin de donner du sens à la maladie se manifeste chez cette population. Cela se fait à travers une remise en question du mode de vie et de toutes les actions qui auraient pu contribuer au développement d'un cancer (Arfi et al., 2018). Ce besoin de réaménagement du mode de vie et de changement se manifeste ainsi dans la littérature et dans l'étude. De manière générale, le cancer amène un besoin de changement chez les participant·e·s de cette étude, entraînant une remise en question du poste de travail afin que ce dernier soit plus en accord avec leurs valeurs et priorités actuelles. Notamment, le besoin de diminuer le temps de travail afin d'avoir plus de temps libre pour les loisirs semble important pour certains participant·e·s. Deux participant·e·s

sur cinq ont changé de poste pour cette raison. Dans la littérature, il est décrit qu'un tiers des personnes atteinte d'un cancer quittent ou perdent leurs emplois dans les deux ans suivant le diagnostic (Pélicier, 2014). Il y apparaît également que les personnes réévaluent leurs valeurs et leurs priorités de vie, ce qui les conduit à accorder la priorité à leur vie personnelle plutôt qu'à leur vie professionnelle, amenant donc à des changements (Gallardo et al., 2012). Ce point rejoint les idées qui ressortent des résultats de cette étude, où les participant·e·s ayant changé de poste l'ont fait pour mettre en avant leur vie personnelle.

En conclusion, pour répondre à la sous-question « comment évoluent les parcours professionnels ? », les entretiens montrent que tous·tes les participant·e·s ont repris leur poste initial. Le travail leur a permis de se reconnecter à des rôles sociaux, de se sentir utiles et de contribuer à la société. Cela les aide aussi à se décentrer de la maladie et à échapper aux stigmates qui y sont associés. Certains ont néanmoins ajusté leur rythme de travail ou changé d'entreprise pour mieux associer leur emploi à leurs nouvelles priorités, notamment pour consacrer plus de temps à leur vie personnelle. Le besoin de réaménagement du mode de vie afin de donner un sens à leur expérience du cancer ressort fortement.

8.2. Quelles difficultés et quels changements sont rencontrés ?

Les résultats ont démontré que le retour au travail des participant·e·s est souvent entravé par diverses difficultés relationnelles dues à la perception du cancer par leurs collègues et leurs supérieur·e·s hiérarchiques. Le manque de connaissances sur le cancer et ses traitements engendre des préjugés, tandis que les effets visibles des traitements causent regards, malaises et stigmatisations. L'ensemble forme une barrière invisible qui affecte les relations professionnelles. En effet, la littérature souligne que lorsque des signes physiques de cette pathologie sont perceptibles par autrui, la personne atteinte de cancer se retrouve stigmatisée et est catégorisée comme « malade » (Soum-Pouyalet, 2007). De plus, les reproches et jugements des supérieur·e·s hiérarchiques, souvent liés à l'incompréhension, ajoutent une dimension blessante. Cela va de pair avec les travaux qui soulignent que les employeur·e·s n'anticipent généralement pas un rendement moindre de la part de celles et ceux qui reprennent leurs fonctions (Raque-Bogdan et al., 2015). Une étude indique que la perception de discrimination est un déterminant important pour les transitions vers le chômage. Celles et ceux qui se sentent discriminé·e·s par leur employeur·euse ont trois fois plus de risque d'être au chômage deux ans après leur diagnostic que celles et ceux qui ne ressentent pas cette discrimination (Paraponaris et al., 2014).

Tous·tes les participant·e·s à l'étude ont exprimé que les traitements contre le cancer induisent des effets secondaires tels qu'une fatigue extrême, des troubles du sommeil, des impacts psychologiques persistants et une fragilité physique qui affectent significativement leur retour au travail. Effectivement, ces séquelles de la maladie sont visibles chez 71 % des salarié·e·s étant atteint·e·s ou ayant été atteint·e·s par le cancer (Asselain et al., 2016) et peuvent persister parfois jusqu'à 6 ans après la reprise de l'activité professionnelle (Arfi et al., 2018). Les difficultés liées aux effets secondaires du cancer et de ses traitements sont bien documentées dans la littérature scientifique. Il est rapporté entre autres, que la fatigue post-traitement ainsi que la diminution des capacités physiques sont courantes et peuvent sévèrement compromettre la capacité à maintenir des performances professionnelles optimales (Chassaing & Waser, 2010). Les résultats montrent que les participant·e·s ont unanimement exprimé les impacts psychologiques profonds du cancer sur leurs capacités à retourner au travail. Ils·elles ont décrit des défis émotionnels persistants, caractérisés par des doutes, des craintes et une sensibilité émotionnelle accrue qui compliquent leur réintégration professionnelle. Ces récits résonnent avec la recherche qui indique que jusqu'à 50 % des survivant·e·s du cancer continuent de ressentir des impacts psychologiques à long terme, même après la fin de leur traitement (Dauchy et al., 2013). Cette situation soulève la question importante sur la reconnaissance des souffrances invisibles dans notre société, en particulier celles psychologiques. Dans un milieu de travail aussi éprouvant physiquement et émotionnellement, il est possible que la difficulté d'être à la fois soignant·e et soigné·e soit encore largement sous-évaluée. Cette double casquette de soignant·e-soigné·e pourrait être l'une des raisons pour lesquelles la reconnaissance de leur souffrance psychologique reste limitée. Ce manque de reconnaissance pourrait aussi être lié à la stigmatisation persistante de la maladie mentale, même au sein de la communauté médicale, comme décrit dans la littérature (Yates, 2020).

En outre, les résultats révèlent que les professionnel·le·s de santé sont confronté·e·s à des contraintes spécifiques en raison de leur environnement de travail. Les participant·e·s à l'étude sont régulièrement confronté·e·s aux maladies oncologiques en tant que professionnel·le·s de la santé, tout en ayant personnellement expérimenté cette maladie. Des similitudes dans les diagnostics, les traitements et les expériences peuvent faire écho à leur vécu personnel, engendrant des difficultés dans le soin apporté à certain·e·s patient·e·s. Ces professionnel·le·s se projettent à travers leurs patient·e·s, et cette confrontation peut entraîner une peur de la rechute. Ces résultats sont en accord avec ceux de Dauchy et al. (2013), qui soulignent que la peur de récurrence est omniprésente et que les survivant·e·s peuvent éprouver

des symptômes de type post-traumatiques, tels que des pensées intrusives liées au cancer à la simple évocation des traitements. Il est à noter que la littérature actuelle n'a pas ciblé certaines professions plutôt que d'autres sur ce thème. Toutefois, il est possible d'imaginer que les professionnel·le·s de la santé soient plus impacté·e·s par cet aspect en raison de la présence fréquente de la maladie dans leur quotidien professionnel. Par ailleurs, les métiers de la santé sont particulièrement connus pour être exigeants sur le plan physique, ce qui rend le retour au travail encore plus difficile pour celles et ceux qui ont été affaibli·e·s par le cancer. Les résultats montrent que les contraintes physiques liées à ces métiers, comme le fait de devoir soulever des patient·e·s, induisent des défis supplémentaires pour les soignant·e·s en rémission. Cette situation met en lumière la souffrance invisible souvent associée aux professions de la santé, où les difficultés physiques rencontrées ne sont pas toujours reconnues. En effet, bien que les métiers de la santé comportent des tâches extrêmement physiques, ils ne sont pas systématiquement perçus comme des métiers manuels, ce qui peut entraîner un manque de reconnaissance des défis spécifiques auxquels les soignant·e·s sont confronté·e·s. Selon Tarantini et al. (2014), les travailleur·euse·s manuel·le·s, qui doivent également faire face à des exigences physiques élevées, font partie de celles et ceux qui rencontrent le plus de difficultés à la réinsertion professionnelle après un cancer. Cette réalité est parallèle à celle des soignant·e·s, où les exigences physiques du travail couplées à une mauvaise reconnaissance des difficultés spécifiques, compliquent davantage leur retour à un poste actif.

Les résultats indiquent que les impacts physiques et émotionnels du cancer affectent la confiance en leurs capacités professionnelles lors de la reprise du travail. Ces résultats sont soutenus par ceux de Raque-Bogdan et al. (2015), qui mettent en avant que le diagnostic du cancer entraîne fréquemment une sensation de perte de contrôle vis-à-vis de ses compétences au travail, engendrant ainsi des remises en question liées à la carrière. De plus, les résultats soulignent l'impact significatif d'un arrêt prolongé sur les compétences professionnelles, plus spécifiquement les compétences perçues. La perte d'automatismes et la nécessité de réapprendre certaines tâches montrent qu'une absence prolongée peut avoir des répercussions importantes sur l'aisance à travailler.

Cette étude a également révélé que le travail n'avait plus la même importance dans la vie des participant·e·s à la suite de leur expérience de cancer. Ces dernier·ère·s ont développé une capacité à s'écouter, ce qui a remis en question l'organisation de leurs activités quotidiennes. L'exercice d'une activité professionnelle est devenu moins central, tandis que la vie

personnelle a pris davantage de valeur. Le temps consacré aux loisirs, qu'il s'agisse d'activités sportives comme la boxe ou de créations artistiques comme la photographie, est désormais valorisé. Cet aspect est également souligné dans la littérature, où il est mentionné qu'après un cancer, certaines personnes préfèrent privilégier le temps pour elles-mêmes et les moments passés avec leurs proches (Tarantini et al., 2014). Il est courant que les individu·e·s réévaluent leurs valeurs et priorités de vie, ce qui les conduit à accorder la priorité à leur vie personnelle plutôt qu'à leur vie professionnelle (Gallardo et al., 2012). Cette transformation dans les priorités de vie met en lumière l'importance de l'équilibre occupationnel, un concept central en ergothérapie. L'équilibre occupationnel se réfère à la perception qu'a l'individu·e d'avoir la bonne quantité d'occupations et la bonne variation entre elles (Wagman et al., 2012). Ce concept dépasse la simple gestion du temps entre travail et loisirs et intègre aussi le degré de défi que chaque activité présente. Un équilibre occupationnel adéquat est atteint lorsque les individu·e·s expérimentent un bon mélange d'activités qui mettent leurs compétences à l'épreuve, sont en accord avec leurs capacités, et leur permettent également de se reposer (Jonsson et al, 2006). Les limitations de santé peuvent altérer cet équilibre en modifiant les priorités et les défis associés aux différentes activités (Persson et al, 2011).

A travers les résultats obtenus, il a été démontré que le cancer avait un impact significatif sur la posture professionnelle des participant·e·s, l'enrichissant de manière notable. En effet, l'expérience du cancer leur a permis d'expérimenter le rôle de « soigné·e » et de prendre conscience de l'impact qu'une maladie peut avoir sur le quotidien d'une personne. Le cancer les a amené·e·s à une meilleure compréhension du parcours de soins et de la souffrance due à la maladie. Leur propre parcours de soins a conduit à une évolution de leurs pratiques, les rendant plus sensibles aux situations vécues par leurs patient·e·s et leur permettant d'utiliser leur expérience de la maladie pour établir un lien empathique. La littérature met en évidence que le respect, la compassion et l'écoute sont des valeurs fondamentales de l'identité du·de la soignant·e (Ntetu & Tremblay, 2014). Le cancer a rapproché les participant·e·s des valeurs décrites comme importantes dans cet article. Ce renforcement des valeurs fondamentales du métier de soignant·e a également permis aux participant·e·s d'avoir une pratique décrite comme étant plus centrée sur le·la client·e, faisant partie des rôles essentiels du soignant·e et comme permettant de donner du sens à son métier selon Pelzang (2013). Ces éléments pourraient donc expliquer le choix de maintenir une carrière dans les soins, ce qui a été le cas pour les participant·e·s de cette étude. Par ailleurs, il a été noté dans les écrits que lorsque les rôles de soignant·e et de soigné·e se chevauchent, la pratique du·de la soignant·e peut en être affectée, notamment par une projection de leur propre situation sur celle du·de la

patient·e, ce qui pourrait diminuer leur empathie (Counselman & Alonso, 1993). Cependant, dans cette recherche, ce chevauchement de rôles semble plutôt avoir renforcé l'empathie envers les patient·e·s.

Il a également été observé à travers les entretiens que la façon de communiquer les informations aux patient·e·s est devenue plus consciencieuse chez les participant·e·s. Leur écoute des besoins des patient·e·s est également plus assidue qu'auparavant. Cependant dans la littérature aucun article n'aborde ce sujet.

L'étude a montré que le cancer a modifié la manière dont les soignant·e·s perçoivent leur propre rôle. En effet, la littérature indique que le personnel de santé considère la transmission de connaissances aux patient·e·s comme faisant partie intégrante de son rôle (Brand & Timmons, 2021). Un participant a souligné que cette perception avait été remise en question après avoir vécu l'expérience de « soigné », ce qui favorise une approche moins centrée sur le statut d'expert·e, en lien avec l'évolution de la profession qui cherche à casser la hiérarchie traditionnelle entre le·la soignant·e et le·la patient·e. De plus, un rapprochement peut être établi avec l'approche centrée sur le·la patient·e (PCC), dont l'objectif principal est de valoriser l'expérience du·de la patient·e et de collaborer avec lui·elle (Newell & Jordan, 2015). Ainsi, l'expérience d'une maladie telle que le cancer pourrait permettre aux professionnel·le·s de la santé d'accentuer cet aspect PCC dans leurs suivis.

En réponse à la sous-question « quelles difficultés et quels changements sont rencontrés ? », il est clair que le retour au travail des professionnel·le·s de la santé atteint·e·s par le cancer est entravé par plusieurs obstacles. Les difficultés relationnelles liées aux préjugés et à l'ignorance des collègues, ainsi que les effets secondaires persistant des traitements, comme la fatigue et la fragilité physique, compliquent leur réintégration. De plus, les exigences physiques du milieu de la santé et l'exposition à des situations rappelant leur propre maladie ravivent des peurs de rechute. Toutefois, cette expérience de la maladie entraîne également des changements significatifs, amenant les professionnel·le·s à réévaluer leur posture d'expert·e et à communiquer de manière plus empathique, tout en renforçant leur sensibilité aux besoins des patient·e·s.

8.3. Quels sont les besoins relatifs au retour au travail ?

L'étude révèle plusieurs besoins clés pour une reprise harmonieuse du travail des professionnel·le·s de la santé après un cancer. Tout d'abord, le soutien de l'environnement

social émerge comme un besoin fondamental. Différents acteurs ont ainsi été soulignés lors des entretiens. Premièrement, les participant·e·s ont souligné l'importance des bonnes relations avec leurs collègues et la hiérarchie pour se sentir entouré·e·s et compris·e·s dans le processus de retour au travail. Cet acteur est soutenu par la littérature qui le décrit comme essentiel pour le maintien de l'emploi (Van Maarschalkerweerd, 2019). La littérature met également en évidence la place essentielle des proches dans le processus de retour au travail, ce qui n'a pas été relevé par les participant·e·s. Les travaux de Fadhlouï et al. (2021) indiquent que les proches aident dans les tâches quotidiennes, permettant aux individu·e·s de se concentrer davantage sur leur réintégration professionnelle. Cela soulève la question de l'importance d'un soutien global, au-delà de l'environnement de travail immédiat.

La médecine du travail a également été mentionnée comme un acteur significatif du retour au travail, en particulier pour informer les employé·e·s de leurs droits vis-à-vis de l'employeur·se et ainsi répondre au besoin de soutien. Cependant, ces résultats ne correspondent pas toujours à ceux de la littérature, comme le souligne Van Maarschalkerweerd (2019). Il montre que cette approche peut parfois avoir l'effet inverse, exerçant une pression supplémentaire sur les individu·e·s pour qu'ils·elles retournent rapidement au travail. Les résultats soulignent l'utilité marquée des services de l'AI pour soutenir les employé·e·s dans leur retour au travail. Les prestations offertes par ces services permettent d'apporter les adaptations nécessaires à la reprise de l'activité professionnelle. En Suisse, un exemple concret de ce soutien est le programme de job coaching proposé par la Ligue contre le cancer, qui collabore avec l'AI pour accompagner efficacement les personnes atteintes de cancer dans leur processus de réintégration (Ligue vaudoise contre le cancer, 2024). Pro Infirmis (2024) soutient que cela permet notamment d'avoir un suivi après la reprise du travail et de fournir un soutien optimal tout au long du processus de réintégration. Divers services d'accompagnement psychologique viennent également répondre au besoin de soutien. Ils permettent aux participant·e·s de s'exprimer librement et d'apprendre à gérer leurs émotions. Ce besoin est soutenu par Van Maarschalkerweerd (2019), qui souligne que l'accompagnement par le personnel paramédical est un facteur facilitant essentiel pour la reprise du travail. Ainsi, il est possible de faire un parallèle avec la pratique des ergothérapeutes qui font partie du domaine paramédical et travaillent notamment sur la gestion des émotions. Toutefois, les possibilités d'action de l'ergothérapie ne se limitent pas à cela. En effet, cette profession et son approche bio-psycho-sociale pourraient apporter des stratégies permettant une reprise du travail adéquate qui respectent le rythme de la personne et ses besoins. De plus, elle pourrait mettre en place des

moyens auxiliaires ou des aménagements variés permettant de pallier les difficultés rencontrées par la personne sur son lieu de travail.

Un besoin majeur exprimé par les participant·e·s est celui d'un cadre de travail flexible et ouvert aux adaptations. La possibilité d'avoir une reprise progressive, une adaptation des tâches et des horaires flexibles est essentielle pour répondre aux besoins individuels des travailleur·euse·s. La littérature soutient cette idée, en indiquant que des mesures d'adaptation peuvent réduire le risque de perte d'emploi de 88 % et aider à diminuer les durées d'arrêt maladie (Paraponaris et al., 2014). Cependant, l'exemple de l'ergothérapeute SAD (P1) ayant choisi de prendre des heures supplémentaires pour alléger sa charge de travail, plutôt que de demander un ajustement formel de ses horaires ou un arrêt de travail, soulève des questions éthiques importantes. Cette situation montre que l'acceptation de ces heures supplémentaires sembler une solution pragmatique pour l'ergothérapeute. Toutefois, elle expose un dilemme quant à la responsabilité de l'employeur·euse. Accepter qu'un·e employé·e malade ou en réémission d'un cancer reprenne des heures supplémentaires pour compenser son besoin de repos peut soulever des questions sur l'employeur·euse et pourrait indiquer qu'il ne fournit pas un soutien adéquat ni les adaptations nécessaires pour préserver la santé de l'employé·e.

L'adaptation des tâches apparaît comme une notion centrale, car elle permet d'organiser le travail en fonction des capacités de chaque individu·e tout en prenant en compte les exigences professionnelles (Chassaing et Waser, 2010). Les participant·e·s ont pu discuter et redistribuer certaines situations complexes à d'autres employé·e·s, ce qui a contribué à alléger leur charge de travail et à rendre leur réintégration plus fluide. Ils·elles ont également souligné l'importance d'avoir un environnement de travail calme et d'une certaine autonomie, ce qui peut considérablement faciliter leur retour.

Enfin, le besoin d'investir dans des activités extra-professionnelles, comme les loisirs, est jugé important dans le processus de réintégration professionnelle. Ces activités permettent aux individu·e·s de relâcher la pression et de maintenir un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Svidén et al. (2010) soulignent que le maintien d'activités de loisir est crucial lors d'un cancer, car elles contribuent à un sentiment de capacité et de bien-être. L'étude de Reynolds (2017) met également en avant les bénéfices des loisirs créatifs pour diminuer le stress. Bien qu'une participante ait cité la photographie, les activités créatives sont peu ressorties dans cette étude. Ce sont principalement le sport et la marche qui ont été mentionnés comme activités de loisir dans cette étude.

En conclusion, pour répondre à la question « Quels sont les besoins relatifs au retour au travail ? », il apparaît que les participant·e·s ont exprimé plusieurs besoins essentiels. Parmi ceux-ci, le soutien de la part des collègues, de la hiérarchie, de la médecine du travail, de l'AI et des psychologues s'avère primordial. En outre, il est crucial de disposer d'un cadre de travail favorable aux adaptations, permettant une reprise progressive, une flexibilité des horaires et une adaptation des tâches. Enfin, les activités extra-professionnelles ont également été identifiées comme des éléments importants lors des entretiens. Il est toutefois notable que la plupart des besoins ressentis par les participant·e·s ont été satisfaits.

8.4. Les limites de la recherche

Les limites de cette recherche comprennent plusieurs aspects qui doivent être pris en considération pour interpréter correctement les résultats. Tout d'abord, le biais de l'étude réside dans le fait qu'il s'agit de la première expérience des chercheuses en recherche académique, ce qui pourrait limiter la fiabilité et la validité des résultats. Cependant, cet aspect a été atténué par des échanges réguliers entre les auteures ainsi que par des supervisions fréquentes.

Le biais de sélection des participant·e·s constitue également une limite de cette étude. En effet, seuls les professionnel·le·s de la santé HES volontaires et disponibles pour participer ont été inclus·e·s, ce qui pourrait avoir réduit la diversité des expériences représentées. Les participant·e·s ayant choisi de s'impliquer pourraient présenter des caractéristiques particulières, telles qu'une meilleure adaptation au retour au travail ou des ressources personnelles plus abondantes, qui ne sont pas représentatives de l'ensemble des professionnel·le·s de la santé atteint·e·s d'un cancer. En conséquence, les expériences des individu·e·s confronté·e·s à des défis plus significatifs pour revenir au travail après un cancer pourraient ne pas être suffisamment reflétées dans les résultats. De plus, les professionnel·le·s ayant quitté le domaine de la santé après leur cancer ne figurent pas dans l'échantillon. Il est possible que la stratégie de recrutement de l'échantillon n'ait pas permis d'avoir accès à ces professionnels qui ont changé de domaine après le cancer.

Il est à noter que cette étude n'a pas pu inclure toutes les professions HES de la santé. L'échantillon ne comprend aucun·e diététicien·ne, physiothérapeute ou sage-femme/maïeuticien, ce qui s'explique par l'absence de réponses à l'appel à la participation dans ces professions. Cela pourrait avoir influencé la représentativité des résultats dans ces métiers spécifiques. En outre, l'étude ne représente pas tous les métiers de manière égale. De plus,

la taille restreinte de l'échantillon peut limiter la généralisation des conclusions à une population plus large de professionnel·le·s de la santé HES atteint·e·s de cancer. Bien que les participant·e·s aient apporté une diversité d'expériences, incluant différents types de cancer et de contextes professionnels, une plus grande diversité pourrait fournir des perspectives supplémentaires sur les défis et les besoins spécifiques rencontrés.

La recherche a été menée dans le contexte spécifique de la santé en Suisse romande, avec des politiques et des services de soutien professionnels qui peuvent différer d'autres pays, ce qui limite la généralisation des résultats à d'autres contextes.

Enfin, une validation inter-juges a été réalisée tout au long de l'analyse pour garantir la qualité et la rigueur des interprétations. Une validation des résultats par les participant·e·s aurait permis d'affirmer davantage la validité des résultats.

8.1. Les recommandations de nouvelles recherches

Pour compléter notre recherche sur le retour au travail après un cancer dans les secteurs de la santé HES, plusieurs pistes d'études futures existent. En intégrant ces perspectives, les futures recherches pourront approfondir notre compréhension du vécu auquel font face les survivant·e·s du cancer dans le secteur de la santé et proposer des solutions innovantes pour améliorer leur expérience professionnelle et leur bien-être à long terme.

Premièrement, une étude quantitative apporterait une dimension supplémentaire à la recherche. Ce type d'étude permettrait de fournir des données chiffrées relatives à un plus grand nombre de personnes, permettant ainsi de valider et de généraliser les résultats qualitatifs, et d'offrir des bases solides pour des recommandations pratiques.

En termes de recherche qualitative, une première direction pourrait consister à explorer les motifs du changement de carrière chez les individu·e·s qui ont repris le travail dans un autre domaine après avoir survécu au cancer. Cette étude pourrait identifier les facteurs influençant la décision de changer de poste ou de secteur, notamment les défis rencontrés lors du retour au travail et les ajustements nécessaires pour surmonter ces obstacles. De plus, l'expérience des personnes n'étant pas en mesure de reprendre le travail pourrait amener des informations pertinentes et améliorer la compréhension des défis et limites à la reprise au travail.

Une autre étude pertinente pourrait se concentrer spécifiquement sur les travailleur·euse·s indépendant·e·s dans le domaine de la santé qui ont repris leur activité après avoir vécu un cancer. Cette recherche pourrait examiner les défis uniques auxquels sont confronté·e·s les travailleur·euse·s indépendant·e·s par rapport à leurs homologues salarié·e·s, tels que la gestion autonome de leur entreprise, la continuité des soins pour leurs patient·e·s pendant leur convalescence, et les adaptations spécifiques nécessaires pour maintenir leur pratique tout en naviguant dans les suites du traitement du cancer. L'étude pourrait également explorer les stratégies qu'ils·elles emploient pour maintenir leur entreprise tout en gérant les effets physiques et émotionnels du cancer, offrant ainsi des perspectives précieuses sur les différences dans les expériences et les besoins des professionnel·le·s de la santé indépendants dans ce contexte particulier.

Une idée de recherche prometteuse pourrait se concentrer sur la perception des collègues et des employeurs à l'égard des survivant·e·s du cancer qui reprennent leur travail. Cette étude pourrait analyser les attitudes, les préjugés potentiels et l'impact de ces perceptions sur l'intégration professionnelle et le soutien au retour au travail. Une exploration approfondie de ces aspects pourrait fournir des informations précieuses pour améliorer les environnements de travail inclusifs et soutenir davantage les survivant·e·s du cancer dans leur parcours de retour au travail.

Enfin, une étude longitudinale serait essentielle pour examiner l'évolution à long terme des parcours professionnels des survivant·e·s du cancer dans le secteur de la santé. Cette recherche pourrait suivre les participant·e·s sur plusieurs années pour observer comment leurs expériences de cancer influencent leur carrière à court, moyen et long terme, y compris les défis persistants et les réussites professionnelles. Une telle étude permettrait de mieux comprendre les besoins à différents moments des survivant·e·s du cancer et d'identifier des stratégies pour soutenir une réintégration professionnelle durable.

8.2. L'intérêt pour le milieu professionnel

L'ergothérapie est une profession qui peut intervenir dans la reprise du travail après une maladie. Effectivement, les ergothérapeutes sont des professionnel·le·s dont l'un des rôles est d'accompagner les personnes dans la réalisation des activités de productivité (Association Suisse des Ergothérapeutes, s.d.). Ces professionnel·le·s peuvent apporter un soutien aux personnes rencontrant des problèmes de santé qui impactent la pratique de leur activité professionnelle. L'accompagnement peut se faire avant la reprise, afin de préparer cette

dernière, mais également pendant la reprise (Association Suisse des Ergothérapeutes, s.d.). Actuellement, des ergothérapeutes interviennent en Suisse romande dans la réinsertion professionnelle ou le maintien d'un poste de travail, mais ce champ d'action reste encore peu reconnu. Pourtant, la formation en ergothérapie amène plusieurs connaissances utiles pour aider des personnes dans la réadaptation professionnelle, tel que l'analyse de l'environnement de travail, le travail sur la gestion de la fatigue ou encore l'entraînement de fonctions nécessaire à la reprise de l'activité professionnelle (Meier, 2020). Ainsi, il serait opportun d'élargir cette reconnaissance et promouvoir davantage l'intégration des ergothérapeutes dans le processus de réhabilitation professionnelle.

À travers cette recherche, les besoins et difficultés rencontrés par le personnel soignant lors de la reprise de leur activité professionnelle à la suite d'un cancer ont été mis en lumière. L'intérêt de cette étude réside dans le fait qu'elle enrichit la compréhension de l'impact du cancer sur la pratique des professionnel·le·s de la santé en mettant en avant les défis rencontrés par cette population. Cette compréhension des difficultés rencontrées peut permettre aux ergothérapeutes, mais également à d'autres professionnel·le·s de la santé, d'adapter leurs stratégies d'intervention afin qu'elles soient mieux adaptées à cette population spécifique. De plus, la réinsertion professionnelle est un domaine en développement au sein de l'ergothérapie, qui a d'ailleurs été choisi comme thème lors du congrès de l'année 2020 de l'Association Suisses d'Ergothérapie. Cette recherche, axée sur le vécu de la reprise du travail, permet d'apporter de nouvelles connaissances spécifiques à ce domaine de l'ergothérapie (Meier, 2020). Elle enrichit la littérature existante sur la réintégration professionnelle tout en mettant en avant les problèmes que peuvent rencontrer les soignant·e·s lorsqu'ils·elles sont atteint·e·s d'une maladie.

Néanmoins, il est important de souligner un déficit de soutien approprié de la part des professionnel·le·s de santé, un point qui ressort à la fois dans la littérature (Fadhlaoui et al., 2021) et dans les résultats de cette étude. Les difficultés citées semblent correspondre aux problématiques qui peuvent être abordée en ergothérapie. Hors, aucune des personnes interrogées durant cette étude n'a bénéficié d'un suivi en ergothérapie, que ce soit pour leurs activités de la vie quotidienne, de loisirs ou de productivité. Pourtant, tous·tes ont rencontré des difficultés dans la gestion de leur quotidien et d'importants changements occupationnels. Ces changements ont perturbé leur équilibre occupationnel et les ont amenés à une réorganisation de leur quotidien et de leurs priorités. La mise en avant de cet aspect encourage également à intégrer l'ergothérapie chez cette population spécifique afin d'accompagner ces changements de manière globale.

Cette étude met ainsi en évidence, à travers les difficultés et besoins exprimés par les participant·e·s, que l'ergothérapie est encore peu préconisée dans les domaines de l'oncologie en Suisse, notamment auprès de sujets plutôt jeunes et en âge de travailler. Ceci expose également un besoin urgent d'une meilleure sensibilisation aux bénéfices de cette discipline parmi les professionnel·le·s de santé. Cette absence d'accompagnement souligne la nécessité d'intégrer une approche bio-psycho-sociale du fonctionnement quotidien des personnes touchées par un cancer. L'ergothérapie a toute son importance non seulement pour accompagner ces personnes dans leur retour au travail, mais également au moment où les traitements médicaux diminuent et où les patient·e·s peuvent se sentir délaissé·e·s. Les ergothérapeutes disposent des connaissances nécessaires afin d'accompagner globalement cette population dans la gestion des effets secondaires du cancer et de ses traitements, mais également sur d'autres aspects complexifiés de la vie privée (Baxter & al., 2017). L'ergothérapie est riche en raison de son approche holistique qui englobe de multiples dimensions internes et externes à la personne, tout en reconnaissant leur interdépendance. En tant que promoteur·trice de la santé, ils·elles encouragent des habitudes de vie saines et favorisent la résilience. Comme concepteur·trice, ils·elles créent des programmes adaptés aux besoins spécifiques des patient·e·s. Le rôle d'adaptateur·trice permet d'ajuster l'environnement et les dispositifs techniques pour faciliter les activités quotidiennes malgré des limitations physiques. En tant que conseiller·ère et coach, les ergothérapeutes apportent un soutien continu, aidant les personnes à naviguer à travers les défis émotionnels et pratiques, assurant ainsi une réintégration réussie dans la vie active. Ces rôles (Townsend & Polatajko, 2013) montrent que l'ergothérapie par son approche globale, est essentielle pour soutenir les personnes atteintes de cancer dans tout aspect de leur vie. Entre autres, des études ont confirmé que l'ergothérapie jouait un rôle dans la prévention et la gestion des douleurs liées au cancer (Lapointe, 2012). Ainsi, il est possible de soutenir indirectement la réintégration professionnelle en intervenant concrètement sur d'autres aspects de la vie, tels que la gestion des douleurs, la fatigue ou les activités de loisirs, qui sont tous susceptibles de faciliter une reprise du travail plus sereine.

Cette étude encourage ainsi le développement du rôle de l'ergothérapie dans ce domaine, notamment en stimulant la profession à s'impliquer davantage dans des recherches concernant ce domaine et à promouvoir son potentiel dans le domaine de la réinsertion professionnelle.

9. CONCLUSION

En conclusion, cette étude a mis en lumière les répercussions profondes du cancer sur les professionnel·le·s de la santé et leur expérience de reprise d'une activité professionnelle. Les parcours professionnels des participant·e·s montrent qu'ils·elles ont d'abord repris leur poste initial après leur maladie. Ce retour au travail est motivé par le désir de retrouver une normalité, de se reconnecter à des rôles sociaux et de se sentir utile·le·s à nouveau. Le travail permet de se décentrer de la maladie et de se détourner des stigmates associés au cancer. Cependant, une réévaluation des priorités a conduit deux participant·e·s à changer d'environnement professionnel pour mieux concilier leurs nouvelles valeurs personnelles avec leurs responsabilités professionnelles. Cela étant souvent lié à une volonté de réduire le rythme de travail et d'accorder plus de temps aux loisirs et à la vie personnelle.

Les difficultés rencontrées incluent des relations professionnelles tendues en raison de perceptions et préjugés sur le cancer, ainsi que des effets secondaires persistants des traitements. La fatigue, les impacts psychologiques et les contraintes physiques du milieu de la santé engendrent des défis supplémentaires et spécifiques pour ces professionnel·le·s, affectant leur confiance en leurs capacités et leur performance professionnelle. Un réapprentissage des tâches est parfois nécessaire. De plus, la confrontation continue à la maladie qui résonne parfois avec leur propre expérience du cancer, ajoute une dimension supplémentaire aux obstacles. Les changements vécus et observés révèlent que le cancer a enrichi la posture professionnelle des participant·e·s, augmentant leur empathie et leur sensibilité envers les patient·e·s. Ils·elles communiquent de manière plus consciente et réévaluent leur rôle d'expert·e en se basant sur leur expérience de la maladie. Ainsi, le retour au travail apparaît non seulement comme une période difficile mais aussi comme une phase riche en opportunités de croissance personnelle et professionnelle.

Les besoins relatifs au retour au travail, essentiels pour une réintégration réussie, sont les suivants : le soutien, la flexibilité du cadre de travail et l'investissement dans des activités extra-professionnelles. Le soutien des collègues, de la hiérarchie, de la médecine du travail, de l'assurance invalidité (AI) et des psychologues est crucial. Il permet une meilleure compréhension des besoins des individu·e·s, favorise les adaptations nécessaires au poste, et assure la défense de leurs droits. De plus, ce soutien inclut une écoute attentive et aide à la gestion émotionnelle, ce qui est crucial pour surmonter les défis liés à la réintégration professionnelle. La flexibilité organisationnelle, incluant des horaires adaptés et une reprise

progressive des tâches, est également nécessaire pour répondre aux nouvelles limitations physiques et aux priorités des soignant·e·s survivant·e·s du cancer. Les activités extra-professionnelles, comme les loisirs, jouent un rôle important en aidant les individu·e·s à relâcher la pression et à maintenir un équilibre entre vie professionnelle et personnelle.

Cette étude révèle également le rôle sous-exploité de l'ergothérapie dans le soutien aux professionnel·le·s de santé en rémission de cancer et dans leur réinsertion professionnelle. L'ergothérapie pourrait jouer un rôle clé en offrant un soutien et des stratégies adaptées à la gestion des défis émotionnels et physiques rencontrés après la maladie et à la reprise du travail, tout en proposant des interventions concrètes sur le lieu de travail comme des adaptations de l'environnement. En visant à retrouver un équilibre occupationnel, l'ergothérapie peut contribuer de manière significative à la réintégration professionnelle et au bien-être global des personnes touchées par le cancer. L'étude contribue au besoin de sensibilisation accrue de l'importance de la profession dans ce domaine.

RÉFÉRENCES

- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework : domain and process (3th ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68(supplement 1), S1-S48. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
- Ancellin, R. Ben Diane, M.-K., Berenger, C., Bessette, D., Bouhnik, A.-D., Buzyn, A., Cabanel-Gicquel, M.C., Cavallini-Lambert, M., Chantry, M., Chauvert, C., Cortaredona, S., Danguy, V., Deutsch, A., Herbet, J.-B., Gaillot, J., Le Corroller-Soriano, A.-G., Mancini, J., Meresse, M., Paraponaris, A.,...Verger, P. (2014). La vie deux ans après un diagnostic de cancer. Collection études et enquêtes. <https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2017-11/inserm-rapportthematique-viedeuxansaprescancer-rapportcomplet-2014.pdf>
- Arfi, A., Baffert, S., Soilly, A. L., Huchon, C., Reyat, F., Asselain, B., ... & Héquet, D. (2018). Determinants of return at work of breast cancer patients: results from the OPTISOINS01 French prospective study. *BMJ open*, 8(5), Article e020276. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020276>
- Asselain, B., Sevellec, M., Le Bideau, S., Cotasson-Guillet, F., Belin, L., Lhuillier, D., Bourillon, M.F., (2016). *Travailler après un cancer : bilan 6 ans après la reprise. Analyse d'une cohorte de 153 salariés.* Elsevier Masson SAS. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2016.03.009>
- Association Suisse des Ergothérapeutes. (s.d.). *Ergothérapie*. Récupéré sur ergotherapie.ch : <https://www.ergotherapie.ch/ergotherapie-fr>
- Association Suisse des ergothérapeutes. (s.d.). *Ergothérapie en matière d'insertion professionnelle*. Récupéré sur ergotherapie.ch : <https://www.ergotherapie.ch/ergotherapie-fr/en-matiere-d-insertion-professionnelle/>
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A. M., Imbert, P., & Letrilliant L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *La revue française de médecine générale*, 19(84), 142-145. http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf
- Barnay, T., Ben Halima, M. A., Duguet, E., Lanfranchi, J. & Le Clainche, C. (2015). La survenue du cancer : effets de court et moyen termes sur l'emploi, le chômage et les arrêts maladie. *Economie et statistique*, 475-476, 157-186. <https://doi.org/10.3406/estat.2015.10531>
- Baxter, M., Newman, R., Longpré, S., & Polo, K. (2017). Occupational therapy's role in cancer survivorship as a chronic condition. *American Journal of Occupational Therapy*.

- Bergerot, P. (2014). Cancer et vie professionnelle, un enjeu de société. *Psycho-Oncologie*, 8(3), 141-144. <https://doi.org/10.1007/s11839-014-0477-z>
- Boiron, D., Charles, C., Dauchy, S., & Sultan, S. (2011). Les effets de l'expression émotionnelle sur l'ajustement au cancer: une revue systématique de la littérature. *Psycho-oncologie*, 5(3), 173-190. <https://doi.org/10.1007/s11839-011-0328-4>
- Boiron, C. (2010). Une cancérologue atteinte de cancer témoigne. *Laennec*, 58(2), 18-33.
- Bower, E., J. (2014). Cancer-related fatigue-mechanisms, risk factors, and treatments. *Nature reviews clinical oncology*, 11. 597-609. <https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2014.127>
- Braun V, Clarke V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2). 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Caron, R. (2008, septembre). L'annonce d'un diagnostic de cancer : quels enjeux psychiques ? *Éthique et santé*, 5(3), 186-191. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2008.06.005>
- Centre d'information AVS/AI. (2023, 1 janvier). *Indemnité journalière de L'AI*. Ahv-in.ch. <https://www.ahv-iv.ch/p/4.02.f>
- Centre d'information AVS/AI. (2022, octobre). *Prestation de l'assurance invalidité (AI)*. Ahv-iv.ch. <https://www.ahv-iv.ch/p/4.01.f>
- Centre d'information AVS/AI. (2023, 1 janvier). *Rente d'invalidité de l'AI*. Ahv-in.ch. <https://www.ahv-iv.ch/p/4.04.f>
- Chassaing K., Lasne N., Le Clainche C., Waser A-M. (2011). *Travailler avec un cancer. Regards croisés sur les dispositifs d'aménagement des conditions de travail et sur les ressources mobilisées pour tenir ensemble travail et santé*. Centre d'études de l'emploi. <https://hal.science/hal-00981764v1/document>
- Chassaing K., Waser A. M. (2010). Travailler autrement. Comment le cancer initie un autre rapport au travail ? *Travailler*, 1(23), 99-136. <https://doi.org/10.3917/trav.023.0099>
- Confédération suisse. s.d. *Arrêt de travail*. Ch.ch. Consulté le 05.10.2023, à l'adresse <https://www.ch.ch/fr/travail/incapacite-de-travail/>
- Confédération suisse. s.d. *Assurance invalidité (AI)*. Ch.ch. Consulté le 05.10.2023, à l'adresse <https://www.ch.ch/fr/travail/assurance-invalidite--ai-#comment-obtenir-des-prestations-de-lai>
- Counselman, E. F., & Alonso, A. (1993). The Ill Therapist: Therapists' Reactions to Personal Illness and Its Impact on Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 47(4), 591–602. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1993.47.4.591>

- Dany, L., Apostolidis, T., Cannone, P., Suarez-Diaz, E. et Filipetto, F. (2009). Image corporelle et cancer: une analyse psychosociale. *Psycho-Oncologie*, 3(2), 101-117. <https://doi.org/10.1007/s11839-009-0128-y>
- Dauchy, S., Ellien, F., Lesieur, A., Bezy, O., Boinon, D., Chabrier, M., Charles, C., Dolbeault, S., Joly, F., Heuguerot, A., Lemaitre, L., Machavoine, J.-L., Marx, E., Marx, G., Piollet-Calmette, I., Pucheu, S., Reich, M., & Seigneur, E. (2013). Quelle prise en charge psychologique dans l'après-cancer ?. *Les recommandations de la Société Française de Psycho-Oncologie (SFPO)*. *Psycho-Oncologie*, 7(1), 4-17. <https://doi.org/10.1007/s11839-013-0409-3>
- De Blasi, G., Verdier, E. B., & Delsemme, N. (2014). Similarités et singularités des pathologies chroniques et de quelques dispositifs d'aide au retour ou au maintien dans l'emploi des malades chroniques. *Psychologie Magazine*, (21), 115-141.
- Delvaux, N. (2006). L'expérience du cancer pour les familles. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 36, 81-101. <https://doi.org/10.3917/ctf.036.101>
- DeSantis, L & Ugarriza D. N. (2000). The concept of theme as used in qualitative nursing research. *Western journal of nursing research*, 22(3), 351–372. <https://doi.org/10.1177/019394590002200308>
- Dew, S. E. & Bickman, L. (2005). Client expectancies about therapy. *Mental health services research*, 7, 21-33. <https://doi.org/10.1007/s11020-005-1963-5>
- Dilhuydy, J. M. (2006). La réinsertion professionnelle des patientes traitées pour un cancer du sein. *Oncologie*, 8(3), 245-250. <https://doi.org/10.1007/s10269-006-0341-2>
- Doyle, L., McCabe, C., Keogh, B., Brady, A., & McCann, M. (2020). An overview of the qualitative descriptive design within nursing research. *Journal of Research in Nursing*, 25(5), 443-455. <https://doi.org/10.1177/1744987119880234>
- Drouin-Hans, A.-M. (2006). Identité. *Le Télémaque*, 29(1), 17-26. <https://doi.org/10.3917/tele.029.0017>
- Fadhlaoui, A., Mrad, H., Vinette, B., & Bilodeau, K. (2021). L'expérience de transition vers le retour au travail de survivantes du cancer du sein âgées de moins de 50 ans après la fin des traitements. *Canadian oncology nursing journal Revue canadienne de nursing oncologique*, 31(4), 386–392. <https://doi.org/10.5737/23688076314386392>
- Fitch, M. I., Coronado, A. C., Schippke, J. C., Chadder, J. & Green, E. (2020). Exploring the perspectives of patients about their care experience: identifying what patients perceive are important qualities in cancer care. *Supportive Care in Cancer: Official*

- Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 28(5), 22992309. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05057-9>
- Fitzgerald, A. (2020). Professional identity: A concept analysis. *Nursing Forum*, 55(3), 447472. <https://doi.org/10.1111/nuf.12450>
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>
- Gagnon, J., Utschneider, A. et Doyon, A. (2018). Regard sur l'expérience de vivre avec le cancer : Le cancer comme occasion de changement chez des personnes âgées de 60 à 73 ans. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 37(3), 281-293. <https://doi.org/10.1017/S0714980818000168>
- Gallardo, L., Rey, D. et Peretti-Watel, P. (2012). Impact du cancer du sein sur la vie professionnelle. Enquête parmi les femmes de la cohorte ELIPPE. *Bulletin du Cancer*, 99(7-8), 779-786. <https://doi.org/10.1684/bdc.2012.1611>
- Gale, R. (octobre 2022). Symptômes du cancer. *Manuels MSD pour le grand public*. <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/cancer/pr%C3%A9sentation-des-cancers/sympt%C3%B4mes-du-cancer>
- Garner, H. et Méda, D. (2006). La place du travail dans l'identité des personnes. *Vie sociale*. <https://doi.org/10.3406/estat.2006.7140>
- Groupe romand de coordination Travail de bachelor. (2008). *Code d'éthique de la recherche*. https://my.hetsl.ch/fileadmin/my-eesp/etudiant-ts/modules/TB/Do_CodeEthiqueRecherche.pdf
- Guegan-Forget, C., Guigourese, J., Couanon, T. et Lemonnier, M. (2019). Favoriser le maintien en emploi : pertinence d'une collaboration ergonomes-ergothérapeutes. *Ergothérapies*, 74, 23-32.
- Hunter, D., McCallum, J., & Howes, D. (2019). Defining Exploratory-Descriptive Qualitative (EDQ) research and considering its application to healthcare. *Journal of Nursing and Health Care*, 4(1). <http://eprints.gla.ac.uk/180272/>
- Jacquin-Courtois, S. & Reilly, K. (2019). Troubles cognitifs liés au cancer : quelle(s) prise(s) en charge ? *Revue de neuropsychologie*, 11, 296-306. <https://doi.org/10.1684/nrp.2019.0527>
- Jakobsen, K., Magnus, E., Lundgren, S., & Reidunsdatter, R. J. (2018). Everyday life in breast cancer survivors experiencing challenges : A qualitative study. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 25(4), 298-307. <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1335777>

- Jonsson, H., & Persson, D. (2006). Towards an experiential model of occupational balance: An alternative perspective on flow theory analysis. *Journal of Occupational Science*, 13(1), 62-73. <https://doi.org/10.1080/14427591.2006.9686571>
- Jutras, S. (2012). Les bénéfices associés à l'expérience du cancer pédiatrique. Le point de vue d'enfants, d'adultes guéris et de parents. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, Numéro 93*(1), 159-180. <https://doi.org/10.3917/cips.093.0159>
- Kallergis, G. (2019). The contribution of the relationship between therapist-patient and the context of the professional relationship. *Quarterly journal of the Hellenic psychiatric association*, 30(2), 165. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2019.302.165>
- Kane, D., Rajacich, D., & Andary, C. (2020). Retour au travail de patients atteints de cancer. *Canadian OnCOIOgy nursing JOURNAL*, 30(2), 119. <https://doi.org/10.5737%2F23688076302119124>
- Kelley, J. M., Kraft-Todd, G., Schapira, L., Kossowsky, J. & Riess, H. (2014, 14 avril). The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes : a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Plos one* 9(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094207>
- Knobf, M. T. (2015). The transition experience to breast cancer survivorship. *Seminars in Oncology Nursing*, 31(2), 178-182. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2015.02.006>
- La Cour, K., Nordell, K., & Josephsson, S. (2008). Everyday lives of people with advanced cancer : Activity, time, location, and experience. *OTJR: Occupation, Participation, Health*, 29(4), 154-162. <https://doi.org/10.3928/15394492-20090914-03>
- Lapointe, J. (2012). Cancer-related pain : The role of occupational therapy in prevention and management. *Occupational therapy now*, 14(5), 10-12.
- Lhuillier, D., Waser, A.-M. (2019). Vivre et travailler avec une maladie chronique : différences et condition commune. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 80(5), 375-385 <https://doi.org/10.1016/j.admp.2019.06.003>
- Ligue contre le cancer. (2022). *La vie avec et après le cancer*. Récupéré sur [liguecancer.ch](https://www.liguecancer.ch) : <https://www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/la-vie-avec-et-apres-le-cancer>
- Ligue contre le cancer. (2022, Décembre). Les effets secondaires. Récupéré sur [liguecancer.ch](https://www.liguecancer.ch) : <https://www.liguecancer.ch/a-propos-du-cancer/les-effets-secondaires>
- Ligue suisse contre le cancer. (2017). *Cancer et souffrance psychique Le cancer touche la personne dans sa totalité*. Ligue suisse contre le cancer.

- <https://boutique.liguecancer.ch/files/kls/webshop/PDFs/francais/cancer-et-souffrance-psychique-le-cancer-touche-la-personne-dans-sa-totalite-021022012111.pdf>
- Ligue contre le cancer. (2019). *Cancer : relever les défis au travail Un guide pour les employés et les employeurs*. Ligue suisse contre le cancer. <https://boutique.liguecancer.ch/files/kls/webshop/PDFs/francais/cancer-relever-les-defis-au-travail-021830012111.pdf>
- Ligue vaudoise contre le cancer. (2017). *Cancer et travail, favoriser le maintien et le retour en emploi*. Vd.ch. https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante/Prevention/CPSLA/brochure_cancer_travail_2017.pdf
- Ligue vaudoise contre le cancer. (2024). *Jobcoaching*. Vaud.liguecancer.ch <https://vaud.liguecancer.ch/conseil-et-soutien/cancer-et-travail>
- MacNaughton, K., Chreim, S. et Bourgeault, I. L. (2013). Role construction and boundaries in interprofessional primary health care teams: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13(1), 486. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-486>
- Maersk, J. L., Cutchin, M. P., & Cour, K. la. (2021). Managing daily life among people with advanced cancer living at home : Responding to uncertainties related to shifting abilities, home care, and treatment. *British Journal of Occupational Therapy*, 84(3), 173182. <https://doi.org/10.1177/0308022620954120>
- Meier, C. (2020, février). Un potentiel non identifié ? L'ergothérapie dans l'intégration professionnelle. *Ergothérapie*, 2, 10-13. <https://www.ergotherapie.ch/download.php?cat=6JLvL2DYoAPKasSNvUf3Dw%3D%3D&id=1121>
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck.
- Mohanty, A., Kabi, A. et Mohanty, A. P. (2019). Health problems in healthcare workers: A review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(8), 25682572. <https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe 431 19>
- Moorey, S. & Bates, U. (2011). Cancer – The psychological Implications. In T. Bartley (Eds.), *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Cancer* (pp. 23-42). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1017/ipm.2014.81>
- Morrison, T. L., & Thomas, R. L. (2014). Survivors' experiences of return to work following cancer: A photovoice study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(3), 163-172. <https://doi.org/10.1177/0008417414534398>
- Mroz, E. L., Poulin, M. J., Grant, P. C., Depner, R. M., Breier, J., Byrwa, D. J., & Wright, S. T. (2018). Caregiver Self-Esteem as a Predictor of Patient Relationship Satisfaction: A

- Longitudinal Study. *Journal of Palliative Medicine*, 21(3), 376–379. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0231>
- Newell, S. & Jordan, Z. (2015, Janvier). The patient experience of patient-centered communication with nurse in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 13(1), 76-87. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1072>
- Ntetu, A.-L. et Tremblay, M.-A. (2014). Les valeurs, un outil d'appropriation par les soignants d'une démarche éthique en contexte des soins palliatifs. *Revue internationale de soins palliatifs*, 29(3), 77-84. <https://doi.org/10.3917/inka.143.0077>
- Office fédéral de la statistique. (2022). *Cancer*. bfs.admin.ch. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/maladies/cancer.html>
- Office fédéral de la statistique. (2022). *Généralités sur le cancer*. bfs.admin.ch. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/maladies/cancer.html>
- Office fédéral de la statistique. (2022). *Heures effectives de travail*. bfs.admin.ch. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/activite-professionnelle-temps-travail/heures-travail/heures-effectives-travail.html>
- Organisation mondiale de la Santé. (2023). *Cancer*. Woh.int. https://www.who.int/fr/health-topics/cancer#tab=tab_1
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2016, 1 septembre). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Adm Policy Ment Health*, 42(5), 533-544. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>
- Palmadottir, G. (2010, 27 février). The role of occupational participation and environment among Icelandic women with breast cancer: a qualitative study. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 17(4), 299-307. <https://doi.org/10.3109/11038120903302874>
- Paraponaris, A., Sagaon Teyssier, L., Seror, V., Tisson, A. (2014). Situation professionnelle deux ans après le diagnostic de cancer. *La vie deux ans après un diagnostic de cancer—De l'annonce à l'après-cancer*. Boulogne-Billancourt: Institut national du cancer, 266-93. https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers19-02/010074663.pdf
- Parker, C., Scott, C. & Geddes, A. (2019). Snowball sampling. *Research foundations*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781526421036831710>

- Pélicier, N. (2014). Représentation du travail et problématiques psychiques en psychooncologie : reprendre ce que l'on a laissé ou perdu. *Psycho-oncologie*, 3(8), 145-149. <https://doi.org/10.1007/s11839-014-0473-3>
- Pelzang, R. (2013, 27 septembre). Time to learn: understanding patient-centred care. *British journal of nursing*, 19(14), 912-917. <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.14.49050>
- Peoples, H., Brandt, Å., Wæhrens, E. E., & la Cour, K. (2017). Managing occupations in everyday life for people with advanced cancer living at home. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(1), 57-64. <https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1225815>
- Persson, D., Andersson, I., & Eklund, M. (2011). Defying aches and reevaluating daily doing: Occupational perspectives on adjusting to chronic pain. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(3), 188-197. <https://doi.org/10.3109/11038128.2010.50980>
- Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck.
- Pro Infirmis. (2024). *Mesures de réadaptation professionnelle de l'AI*. Proinfirmis.ch <https://www.proinfirmis.ch/fr/guide-juridique/travail/prestations-de-lai-pour-la-recherche-dun-emploi.html>
- Raque-Bogdan, T. L., Hoffman, M. A., Ginter, A. C., Piontkowski, S., Schexnayder, K. & White, R. (2015). The work life and career development of young breast cancer survivors. *Journal of Counseling Psychology*, 62(4), 655-669. <https://doi.org/10.1037/cou0000068>
- Ratna, H. (2019). The importance of effective communication in healthcare practice. *Harvard public health review* 23, 1-6. <https://www.jstor.org/stable/48546767?seq=6>
- Reynaert, C., Libert, Y., Jacques, D., Godenir, F., & Zdanowicz, N. (2006). Cancer et dynamique de couple. *Louvain médical*, 125(10), 467. https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal%3A134777/datastream/PDF_01/view
- Reynolds, F. & Lim, K., H. (2007) Contribution of visual art-making to the subjective well-being of women living with cancer: A qualitative study. *The arts in psychotherapy*, 34(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2006.09.005>
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description ?. *Research in nursing & health*, 23(4), 334-340. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4%3C334::AID-NUR9%3E3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4%3C334::AID-NUR9%3E3.0.CO;2-G)
- Sawadogo, H. P. (s. d.). Saturation, triangulation et catégorisation des données collectées. Consulté le 03 novembre 2023, à l'adresse

<https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/lanalyse-des-donnees-et-la-triangulation-attribue/>

- Soum-Pouyalet, F. (2007). Le Corps rebelle : les ruptures normatives induites par l'atteinte du cancer. *Corps*, 3(2), 117-122. <https://doi.org/10.3917/corp.003.0117>
- Sparker A. (2005). Narrative analysis: exploring the whats and hows of personal stories. *Qualitative Research in Health Care*, 191–208.
- Svidén, G. A., Tham, K., & Borell, L. (2010). Involvement in everyday life for people with a life threatening illness. *Palliative & Supportive Care*, 8(3), 345-352. <https://doi.org/10.1017/S1478951510000143>
- Tajfel, H. et Turner, J.C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In S. Worchel and W. Austin (Eds.), *The social psychology of intergroup relations* (pp. 33-48). Pacific Grove, CA/ Brooks/Cole.x
- Tarantini, C., Gallardo, L. & Peretti-Watel, P. (2014). Travailler après un cancer du sein. Enjeux, contraintes et perspectives. *Sociologie*, 5(2), 139-155. <https://doi.org/10.3917/socio.052.0139>
- Taylor, R. (2017). *Kielhofner's model of human occupation : theory and application* (5th ed.). Wolters Kluwer.
- Taylor, R. R. (2017). *Kielhofner's research in occupational therapy: Methods of inquiry for enhancing practice*. FA Davis.
- Tétreault, S. & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Louvain-la-Neuve : De Boeck.
- Teutsch, C. (2003, septembre). Patient-doctor communication. *Medical clinics of north America*, 87(5), 1115-1145. [https://doi.org/10.1016/S0025-7125\(03\)00066-X](https://doi.org/10.1016/S0025-7125(03)00066-X)
- Thomas, P. & Hazif-Thomas, C. (2022, avril). L'empathie et le sens dans le soin. *NPG neurologie – psychiatrie – gériatrie*, 22(128), 78-81. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2021.10.001>
- Thong, M. S. Y., van Noorden, C. J. F., Steindorf, K., & Arndt, V. (2020). Cancer-Related Fatigue : Causes and Current Treatment Options. *Current treatment options in oncology*, 21(2), 17. <https://doi.org/10.1007/s11864-020-0707-5>
- Townsend, E., & Polatajko, H. (2013). *Habiliter l'occupation: faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Association Canadienne des Ergothérapeutes.
- Van Maarschalkerweerd. Schaapveld, M., Paalman, C. H., Aaronson, N. K., & Duijts, S. FA. (2019). Changes in employment status, barriers to, and facilitators of (return to) work

in breast cancer survivors 5-10 years after diagnosis. *Disability and Rehabilitation*, 42(21), 3052-3058. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1583779>

Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 322-327. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>

Yates, S. W. (2020). Physician stress and burnout. *The American journal of medicine*, 133(2), 160-164. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.08.034>

ANNEXE

Annexe 1: Guide d'entretien

Présentation du participant et du contexte

Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?

- Nom
- Âge
- Situation familiale : célibataire, couple, enfants, ...

Pouvez-vous décrire votre profession et votre parcours professionnel avant le diagnostic du cancer ?

- Formation(s) et expérience(s)
- Lieu(x) de pratique
- Tâches effectuées
- Horaires

Comme vous le savez, cet entretien porte sur l'impact du cancer sur la sphère professionnelle, voulez-vous nous en dire un peu plus au sujet de votre diagnostic et votre parcours de soins ?

- Cancer
- Transition de vie normale à l'état de malade
- Traitements et parcours de soins
- Effets secondaires

Comment travail et cancer se sont-ils conciliés ?

- Arrêt de travail ?
- Temps partiel ?
- Retour graduel ?
- Modification du poste ou cahier des charges ?
- Perte d'emploi ?
- Changement d'emploi ? de profession ?

Reprise / maintien du travail :

Comment s'est passé la reprise ou le maintien de votre travail ?

- A quel moment du traitement/de la maladie
- Significations/motivations à cette reprise
- Changements : de poste de travail ? du taux de travail ? De profession ?

Comment avez-vous vécu la reprise ou le maintien du rôle de soignant·e ?

- Rapport au travail, sens du travail
- Vécu des rôles de soignant·e et soigné·e en même temps
- Identité, sens de la maladie
- Vie personnelle et priorisation des besoins

Quels sont les obstacles/défis que vous avez perçus/ressentis ?

- Organisationnels
- Environnement de travail
- Soutiens
- Symptômes et effets adverses de la maladie et du traitement
- Vie privée

Quels facilitateurs vous ont été aidants durant cette période ?

- Organisationnels
- Environnement de travail
- Soutiens
- Symptômes et effets adverses de la maladie et du traitement
- Vie privée

Comment s'est passé votre retour au travail d'un point de vue relationnel ?

- Avec les collègues
- Avec l'employeur·euse
- Avec les client·e·s, avec les client·e·s atteint·e·s d'un cancer ou avec ceux·celles qui ne sont pas atteint·e·s d'un cancer
- Avec votre famille, amis
- Y'a-t-il eu des discriminations ?

Selon vous, quels éléments auraient pu vous aider dans la reprise de votre activité professionnelle ? Auriez-vous eu besoin d'autres soutiens ou solutions facilitatrices pour favoriser/accompagner le retour au travail ?

- Environnemental
- Organisationnel
- Soutiens externes
- Autres ?

Conclusion

L'entretien touche bientôt à sa fin, y'a-t-il un élément que nous n'avons pas abordé dont vous aimeriez parler ?

Relances

Pour préciser

- Qu'entendez-vous par ... ?
- Pouvez-vous me donner un exemple ?
- Pouvez-vous m'en dire plus ?

Pour ajouter

- Qu'en est-il de ... ?

Pour finir

- Voulez-vous ajouter quelque chose ?
- Pensez-vous à un autre élément ?

Remerciements

Fin de l'entretien