



**HAL**  
open science

## Occupational disruption in older adults with cancer: a pilot study

Anne-Myriam Atallah, Laureline Dufrier, Emmanuelle Magny, Florence Canouï-Poitrine, Adolfo Gonzalez-Serrano Médecin, Cynthia Engels  
Ergothérapeute

### ► To cite this version:

Anne-Myriam Atallah, Laureline Dufrier, Emmanuelle Magny, Florence Canouï-Poitrine, Adolfo Gonzalez-Serrano Médecin, et al.. Occupational disruption in older adults with cancer: a pilot study. ErgOTHérapies, 2023. hal-04137354

**HAL Id: hal-04137354**

**<https://hal.u-pec.fr/hal-04137354v1>**

Submitted on 22 Jun 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Anne-Myriam ATALLAH\***

Ergothérapeute  
France  
Mission Emploi APF  
SAMSAH/SAVS APF 75  
Paris, France

**Laureline DUFRIER\***

Ergothérapeute  
Foyer d'Accueil Médicalisé Jacques-Cœur  
Savigny sur Orge, France

**Emmanuelle MAGNY**

Médecin gériatre  
Assistance publique Hôpitaux de Paris (AP-HP)  
Hôpital de la Pitié-Salpêtrière  
Équipe mobile de gériatrie intra et extra hospitalière  
Paris, France

**Florence CANOÛ-POITRINE**

Pr. Santé publique  
Université Paris Est Créteil (UPEC)  
Inserm U955, IMRB, CEpiA team, Créteil, France  
Assistance publique Hôpitaux de Paris (AP-HP)  
Hôpitaux Henri-Mondor  
Service de santé publique, Créteil, France

**Adolfo GONZALEZ-SERRANO**

Médecin urologue  
Université Paris Est Créteil (UPEC)  
Inserm U955, IMRB, CEpiA team, Créteil, France  
Créteil, France

**Cynthia ENGELS**

Ergothérapeute, PhD  
Maître de conférences en sciences de la rééducation-réadaptation

Université Paris Est Créteil (UPEC)  
Inserm U955, IMRB, CEpiA team  
UFR de santéFrance  
Créteil, France

*cynthia.engels@u-pec.fr*

\*Ces deux auteures ont contribué à cet article à parts égales

# La disruption occupationnelle chez les personnes âgées atteintes de cancer : une étude pilote

## Occupational disruption in older adults with cancer: a pilot study

### Résumé :

**Introduction.** L'incidence du cancer augmente, surtout chez les personnes âgées. Toutefois, peu de données concernant les conséquences du cancer et de ses traitements sur les occupations existent. Pour concevoir une étude de cohorte visant à évaluer les retombées de l'ergothérapie auprès de personnes âgées atteintes de cancer, nous voulions vérifier notre hypothèse selon laquelle le cancer peut affecter les trois domaines occupationnels. **Objectifs.** Identifier les problèmes occupationnels des personnes âgées atteintes de cancer dans une étude pilote ; Évaluer l'importance accordée aux occupations affectées. Objectifs secondaires : évaluer la faisabilité de recruter des participants pour une étude de cohorte ; préciser les critères d'inclusion et de non inclusion. **Méthode.** Étude pilote rétrospective, en service de rééducation gériatrique. Nous avons étudié les résultats de la mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) auprès de personnes âgées atteintes d'un cancer, et analysé les problèmes occupationnels, et la perception de l'importance, du rendement et de la satisfaction. **Résultats.** Parmi les 30 personnes reçues en ergothérapie, sept ont été incluses, répertoriant 21 problèmes occupationnels. L'âge médian était de 84 ans [71 ; 89]. Neuf des 21 problèmes occupationnels étaient des soins personnels, six des activités productives et six des loisirs. Tous les domaines occupationnels étaient considérés comme importants. Les principales limites étaient la taille de l'échantillon et le suivi uniquement de personnes hospitalisées. **Conclusion.** Les trois domaines occupationnels peuvent être affectés. Il s'agit désormais d'étudier les déterminants de ces problèmes occupationnels afin de mieux comprendre qui sont les personnes concernées et proposer l'accompagnement ergothérapique le plus probant possible.

### Mots clés :

Cancer  
Personne âgée  
Ergothérapie  
Disruption occupationnelle  
Engagement occupationnel

### Summary:

**Background.** Cancer is growing around the world, especially among older adults. However, there is little evidence about the consequences of cancer and its treatments on occupational engagement in older adults. Before conceiving a cohort study to assess the outcomes of an occupational-therapy follow-up with older adults with cancer, we wanted to test our hypothesis that cancer and its treatments might affect all three occupational domains, and not only self-care. **Objectives.** i. Identify occupational problems in older adults with cancer in a pilot sample; and ii. Analyze how much the individuals valued those restricted occupations. Secondary objectives were to i. Assess the feasibility of recruiting, and ii. Precise the inclusion and exclusion criteria for participants. **Methods.** We conducted a retrospective pilot study, in one single geriatric rehabilitation ward. We studied the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) results of older adults with cancer, and analyzed occupational problems and self-perceived occupational importance, performance and satisfaction. **Results.** Among 30 patients referred to occupational therapy, seven were

included, identifying 21 occupational problems. Four respondents were women; the median age was 84 [71;89]. Nine of the 21 occupational problems were among self-care, six among productivity and six were leisure occupations. All occupational domains were valued. Main limits were the small sample size and only in-hospital follow-up. **Conclusion.** The three domains of occupations may be altered and not-only self-care in older patients with cancer. Productivity and leisure restrictions have to be assessed more in-depth to understand determinants and ways to improve.

**Keywords:**

Cancer

Older adults

Occupational therapy

Occupational disruption

Occupational engagement

## INTRODUCTION

L'incidence du cancer augmente dans le monde, et on s'attend en particulier à ce que les plus de 65 ans représentent près de 60 % des nouveaux cas de cancers d'ici 2035 (Pilleron *et al.*, 2019). Le cancer et ses traitements causent des limitations fonctionnelles (Pergolotti *et al.*, 2016), en particulier parmi les personnes âgées (Pergolotti *et al.*, 2015), ce qui peut conduire à des disruptions occupationnelles<sup>1</sup> (Nizzero *et al.*, 2017), qui entraînent à leur tour à une baisse de la qualité de vie (Desrosiers, 2005 ; Pergolotti *et al.*, 2015). Ceci d'autant plus que le cancer peut devenir une maladie chronique (American Cancer Society, 2019), et la disruption occupationnelle évolue alors vers une privation occupationnelle<sup>2</sup>. Pour ces raisons, nous émettons l'hypothèse que le cancer et ses traitements risquent d'affecter les trois domaines occupationnels, tels que définis dans le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO) : les soins personnels, les loisirs et les activités productives (Townsend & Polatajko, 2013).

Pourtant, si les écrits sur la disruption occupationnelle liés au cancer dans le domaine des soins personnels sont nombreux, une revue systématique portant sur la disruption occupationnelle des personnes âgées atteintes de cancer dans les domaines des loisirs et des activités productives a mis en évidence que ces domaines occupationnels étaient peu ou pas étudiés dans la littérature scientifique : seuls sept articles s'intéressaient à ces domaines, et seulement un en avait fait son point central (Engels *et al.*, 2021). Une autre revue systématique a montré la pauvreté de la littérature concernant les apports de l'ergothérapie pour les personnes atteintes de cancer (Wallis *et al.*, 2020).

Par conséquent, nous avons envisagé de réaliser une étude prospective permettant d'évaluer les retombées de l'ergothérapie auprès de personnes âgées atteintes de cancer. Toutefois, compte tenu du fait du faible nombre de publications scientifiques sur le sujet, nous voulions d'abord vérifier notre hypothèse selon laquelle le cancer et ses traitements affecteraient les trois domaines occupationnels et non uniquement les soins personnels. Aussi, les objectifs de la présente étude pilote étaient :

1. Identifier les problèmes occupationnels rencontrés par les personnes âgées atteintes de cancer dans un échantillon pilote.

2. Évaluer l'importance accordée par les individus à ces occupations.

Les objectifs secondaires étaient :

1. Évaluer la faisabilité de recruter des participants pour une étude prospective.

2. Préciser les critères d'inclusion et non inclusion pour les participants de l'étude prospective transversale.

## MÉTHODE

### Design de l'étude et participants

Les participants inclus dans l'analyse étaient des personnes âgées de 65 ans ou plus, atteintes d'un cancer. Cette étude pilote rétrospective a été menée dans un service de rééducation gériatrique, de façon à ne plus être en phase aiguë du cancer. Seules les personnes qui avaient été évaluées par le biais de l'entretien de la mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) (Law *et al.*, 2014) ont été incluses. Étant donné que la fin de vie peut affecter les choix occupationnels, le choix a été fait d'exclure les personnes en soins palliatifs de l'étude pilote.

---

1. Disruption occupationnelle : état généralement temporaire ou transitoire qui se produit « lorsque le modèle normal d'engagement occupationnel d'une personne est perturbé en raison d'événements importants de la vie (comme avoir un bébé), de changements environnementaux (comme changer de logement ou de lieu de vie), tomber malade ou subir une blessure dont la pleine la guérison est attendue » (Nizzero *et al.*, 2017).

2. Privation occupationnelle : état prolongé dans lequel l'individu est privé d'occasions de s'engager dans des occupations du fait de facteurs indépendants de sa volonté (Whiteford, 2003).

## **Outils de mesure**

Nous avons analysé les résultats de la version française de la MCRO. Cet entretien semi-dirigé est un outil d'évaluation validé, qui permet au client d'identifier ses problèmes occupationnels et d'évaluer l'importance qu'il accorde à chacun de ses problèmes occupationnels sur une échelle allant de 1 (pas important du tout) à 10 (extrêmement important). Ensuite, pour les cinq problèmes occupationnels les plus importants, le client évalue sa perception concernant sa performance (« *Comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement ?* ») et sa satisfaction (« *Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité ?* »), également sur des échelles allant de 1 à 10.

## **Collecte des données**

Nous avons analysé les données des entretiens MCRO réalisés auprès de personnes ayant reçu une prescription d'ergothérapie au sein d'un service de rééducation gériatrique en France, spécialisé en oncologie, entre novembre et décembre 2019. Les autres données recueillies (dans le dossier du patient) étaient le genre, l'âge au moment de la passation de la MCRO, les comorbidités, le type de cancer et le stade du cancer. Les clients inclus ont consenti à ce que leurs données anonymisées soient utilisées à des fins de recherche. Pour ceux qui ont donné leur accord, les données ont été reportées dans un fichier Excel anonymisé et sécurisé par un mot de passe.

## **Analyse**

Nous avons analysé le nombre et type de problèmes occupationnels, en lien avec le genre, l'âge, les comorbidités, le type et le stade du cancer.

La catégorisation des occupations dans un domaine occupationnel a été réalisée selon le cadre conceptuel du MCREO ainsi que des échanges avec le client, comme recommandé dans la passation de l'évaluation (Law *et al.*, 2014). Les variables catégorielles ont été décrites en nombre (n) et pourcentage (%). Les variables continues ont été décrites avec leur médiane [rang interquartile (IQR)]. Nous avons calculé la fréquence/prévalence de problèmes occupationnels et son intervalle de confiance à 95 %. Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel Stata software (v15.0, StataCorp LLC, College Station, TX, États-Unis).

## **RÉSULTATS**

Trente personnes âgées souffrant d'un cancer ont été reçues en ergothérapie entre novembre et décembre 2019. Neuf d'entre elles (30 %) ont été exclues de l'étude parce qu'elles n'avaient pas effectué d'entretien MCRO ; trois (10 %) parce qu'elles étaient en soins palliatifs ; une (3 %) parce qu'elle était considérée comme guérie ; et dix (33 %) parce qu'ils ont refusé que leurs données anonymisées soient utilisées à des fins de recherche. Par conséquent, sept personnes (23 %) ont été incluses à cette étude pilote, soit trois à quatre personnes par mois.

### **Caractéristiques de l'échantillon**

Quatre participants étaient des femmes. L'âge s'étalait de 71 à 94 ans, avec une médiane de 84 [71 ; 87]. L'hypertension était la comorbidité la plus courante (n = 5). Cinq personnes souffraient de cancers métastatiques et deux de cancers localisés. Deux personnes souffraient d'un cancer colorectal, deux d'un cancer du sein, une d'un cancer du poumon, une d'un cancer de la prostate, et une d'un cholangiocarcinome. Tous présentaient plusieurs comorbidités (deux au minimum). Les motifs d'hospitalisation n'étaient pas directement dus

au cancer (perte d'autonomie, fracture, syndrome subocclusif, insuffisance rénale, récupération postopératoire).

### Domaine des problèmes occupationnels

Tous les participants ont reporté au moins un problème occupationnel. Le nombre médian de problèmes occupationnels par personne était de 3 [1 ; 5]. Les femmes avaient une médiane de 4 [4 ; 5] problèmes occupationnels tandis que les hommes avaient une médiane de 1 [1 ; 5]. Les participants les plus jeunes, âgés de 71 (n = 2) et 74 ans, ont mentionné un problème occupationnel, celui âgé de 84 ans en a évoqué trois, et les plus âgés (n = 3) en ont mentionné cinq.

Le domaine occupationnel regroupant le plus de problèmes était celui des soins personnels (n = 9/21 ; 43 %), avec 6/7 des participants mentionnant au moins un problème occupationnel dans ce domaine. Il s'agissait de : se laver (n = 4), se déplacer (n = 2), aller aux toilettes, se faire une manucure et se boutonner.

Six des 21 problèmes occupationnels (29 %) étaient de l'ordre des loisirs : sortir se promener, jouer à un jeu de société contre un adversaire, avoir une activité de loisir « intellectuelle », utiliser son téléphone mobile pour socialiser, discuter avec des gens, et écrire une carte postale.

Trois participants ont mentionné des problèmes occupationnels dans le domaine de la productivité (n = 6/21 ; 29 %), à savoir : aller faire les courses (n = 2), faire ses comptes, passer l'aspirateur, faire son lit, et étendre son linge (tableau 1).

Le participant n° 7 a évalué l'importance, la performance et la satisfaction avec sa propre échelle verbale mais sans utiliser d'échelle numérique. Par conséquent, six participants sont inclus dans les analyses suivantes.

Tableau 1. Description du type de problèmes occupationnels et du sentiment d'importance, rendement et satisfaction occupationnels pour chaque répondant, selon la Mesure canadienne de rendement occupationnel (MCRO).

N°	Sexe	Age	Soins personnels (I, R, S)*	Productivité (I, R, S)*	Loisirs (I, R, S)*
1	F	71	Me laver (7, 5, 7)		
2	F	88	Me laver au lavabo (10, 1, 1)	Faire les courses (10, 1, 1) Faire mes comptes (10, 1, 1) Passer l'aspirateur (10, 1, 1) Faire mon lit (10, 1, 1)	
3	M	71	Me déplacer (3, 8, 8)		
4	F	89	Faire une manucure (10, 1, 2) Aller aux toilettes seule (8, 4, 8) Me laver (8, 1, 3)		Sortir marcher (7, 3, 4) Jouer à des jeux contre un adversaire (9, 6, 5)

5	M	74		Faire les courses (5, 6, 4)	
6	M	94	Me déplacer (8, 1, 1) Me doucher (7, 2, 3)		Avoir une activité de loisir intellectuelle (7, 2, 3) Utiliser mon téléphone portable pour socialiser (8, 5, 3) Discuter avec des gens (8, 5, 4)
7	F	84	Me boutonner (-)	Pendre le linge (-)	Écrire des cartes de vœux (-)

\*I, R, S : scores respectifs d'importance, de rendement, et de satisfaction issus de la passation de la MCRO

### Importance, performance et satisfaction

La médiane de l'échelle d'évaluation de l'importance était de 8 [7 ; 10], s'étalant de 3 à 10. La médiane de l'importance pour les soins personnels était de 8 [7 ; 9], s'étalant de 3 à 10 ; la médiane de la productivité 10 [10 ; 10] et celle des loisirs 8 [7 ; 8], s'étalant de 7 à 9.

La performance était évaluée avec une médiane de 2.5 [1 ; 5], s'étalant de 1 à 8. La médiane de la performance concernant les soins personnels était de 1.5 [1 ; 4.5], s'étalant de 1 à 8 ; celle de la productivité était de 1 [1 ; 1], s'étalant de 1 à 6 ; et celle des loisirs de 5 [3 ; 5], s'étalant de 3 à 6.

La satisfaction a été évaluée avec une médiane de 3 [1 ; 4], s'étalant de 1 à 8. La médiane de la satisfaction des soins personnels était de 3 [1.5 ; 7.5], s'étalant de 1 à 8 ; la médiane de la productivité était de 1 [1 ; 1], s'étalant de 1 à 4 ; et celle des loisirs était de 4 [3 ; 4], s'étalant de 2 à 5.

### DISCUSSION

La littérature scientifique actuelle concernant les problèmes occupationnels des personnes âgées atteintes de cancer se focalise principalement sur les soins personnels, et est quasi inexistante en ce qui concerne les loisirs et la productivité (Engels *et al.*, 2021). Dans les résultats de cette étude pilote, on retrouve en effet davantage de problèmes occupationnels dans le domaine des soins personnels (43 % des problèmes occupationnels) que dans les loisirs et la productivité (29 % chacun). De façon similaire, Enemark Larsen et Carlsson (2012) ont utilisé la MCRO avec 124 personnes âgées reçues dans un centre de rééducation au Danemark, et ont trouvé que 48 % des 404 problèmes occupationnels identifiés étaient de l'ordre des soins personnels, 29 % des loisirs et 23 % de la productivité. Concernant les adultes atteints de cancer, Lindahl-Jacobsen (2015) a trouvé, après analyse des résultats de la MCRO, que 65 % des problèmes occupationnels étaient dans le domaine des soins personnels, 25 % dans le domaine des loisirs, et 19 % dans le domaine de la productivité. Toutefois, même si les occupations dans le domaine des soins personnels sont les plus nombreuses au sein des problèmes occupationnels relevés dans notre étude pilote, il y avait encore près de deux tiers des problèmes occupationnels qui étaient de l'ordre des loisirs ou des activités productives, ce qui encourage à étudier ces domaines de façon plus détaillée. De plus, nos résultats ont mis en avant que les clients accordent sensiblement autant d'importance aux trois

domaines occupationnels, et non uniquement aux occupations du domaine des soins personnels.

En complément, Southon, cité par Carswell *et al.* (2004), a trouvé que les soins personnels étaient davantage mentionnés par les personnes âgées quand elles étaient hospitalisées, alors que les loisirs et les tâches domestiques étaient davantage ciblées à domicile. Concernant les personnes âgées en réminiscence ou guéries du cancer, Van Nieuwenhuizen *et al.* (2018) ont trouvé que 54 % des problèmes occupationnels identifiés étaient de l'ordre de l'entretien domestique, 34 % étaient des loisirs, et 12 % des activités professionnelles. Lyons *et al.* (2013) ont trouvé une diminution de 34 % dans la réalisation des loisirs demandant un effort physique important, et une diminution de 16 % dans la participation aux activités sociales ; ultérieurement, ils ont remarqué que 24 % des objectifs des personnes âgées en réminiscence ou guéries du cancer étaient des loisirs sédentaires (Lyons *et al.*, 2018).

Nous avons mené notre étude pilote au sein d'un centre de rééducation ; toutefois, au regard de nos résultats en lien avec la littérature, nous envisageons d'inclure des clients vivant à domicile dans notre étude, afin de proposer une approche centrée sur l'occupation et écologique dans le suivi ergothérapeutique.

Les autres critères d'inclusion et d'exclusion envisagés pour l'étude semblent pertinents pour la suite. Étant donné que les comorbidités font partie de la réalité clinique lorsqu'on travaille avec des personnes âgées atteintes de cancer, nous ne définirons en facteur d'exclusion que les troubles cognitifs ou de la communication trop importants pour permettre la passation de la MCRO. Nous envisagerons néanmoins dans notre stratégie d'analyse, un ajustement statistique de nos résultats sur les comorbidités et l'âge, étant donné que nous avons trouvé que les participants les plus âgés étaient aussi ceux qui avaient le plus de problèmes occupationnels.

Un autre objectif de notre étude pilote était de définir la faisabilité de recruter des participants pour notre étude transversale. Nous avons obtenu un taux de refus relativement élevé (33 %). Toutefois, la population incluse répond spécifiquement aux objectifs, et ce taux est concordant avec de précédentes études traduisant un taux de non-participation de 20 à 40 % (Nummela *et al.*, 2011), en particulier quand il s'agit d'études sur des données de santé de personnes âgées, pour qui le taux d'acceptation pour une approche par questionnaire est de 30 à 50 % (Elskamp *et al.*, 2012 ; Rogers *et al.*, 2014) et celui pour une approche interventionnelle de 6 à 35 % (Rogers *et al.*, 2014). En conséquence, nous adapterons nos stratégies de recrutement pour favoriser l'inclusion, comme prendre le temps de favoriser la communication et instaurer une relation de confiance, créer une sensation de sécurité, et remercier les personnes qui s'engagent dans le projet (McHenry *et al.*, 2015), et nous recruterons en multicentrique pour augmenter le nombre de personnes qui répondent aux critères d'inclusion et donc le taux de participation.

Notre étude pilote présente certaines limites, en particulier la faible taille de l'échantillon ( $n = 7$ ). Toutefois, ceci est courant dans des études pilotes, qui vont de 7 à 120 participants avec une taille d'échantillon de 31 en moyenne (déviation standard de 18,3) (Kaur *et al.*, 2017). Donc, en considérant le manque de données sur le sujet dans la littérature, cette étude pilote constitue néanmoins une première étape encourageante pour poursuivre avec une étude transversale. Une autre limite est que nous avons mené cette étude pilote dans un service de rééducation gériatrique, où certains patients étaient admis pour d'autres motifs que le cancer lui-même : aussi certains problèmes occupationnels n'étaient-ils pas directement dus au cancer ou à ses traitements. Cependant, près de 70 % des personnes âgées atteintes de cancer ont au moins une comorbidité, 25 % en ont quatre ou plus, et la prévalence augmente avec l'âge (Wenkstetten-Holub *et al.*, 2020). Ceci peut affecter l'engagement occupationnel, et donc potentiellement l'intervention ergothérapeutique. Toutefois, nous n'avons pas souhaité

réduire la population à des personnes sans comorbidités afin de rester représentatifs des personnes réellement rencontrées en milieu clinique.

## CONCLUSION

Peu de publications existent aujourd'hui concernant l'engagement occupationnel des personnes âgées atteintes de cancer, et l'intérêt de l'ergothérapie pour y remédier. Pourtant, dans cette étude pilote, les personnes âgées atteintes de cancer ont rencontré des problèmes occupationnels dans tous les domaines occupationnels tels que définis dans le MCREO (soins personnels, loisirs et productivité). Les participants accordent également de l'importance à chacun de ces trois domaines. Or, les résultats rapportés par les patients (comme c'est le cas pour la MCRO) sont associés à un meilleur contrôle des symptômes, à une meilleure satisfaction (Kotronoulas *et al.*, 2014), et peuvent même être prédictifs sur les critères de jugement en oncologie (Gotay *et al.*, 2008). Le recueil des problèmes occupationnels des personnes atteintes de cancer a donc un intérêt majeur pour la recherche, afin de connaître leur impact sur le quotidien, et d'aboutir à des recommandations d'interventions ergothérapeutiques ciblées afin de réduire les conséquences de ces problèmes occupationnels, voire idéalement de les éviter de manière préventive. Une étude de cohorte avec un suivi longitudinal est envisagée, pour évaluer l'association entre les problèmes occupationnels de départ et le type de cancer, les traitements, les facteurs gériatriques et socio-environnementaux, ainsi qu'avec la qualité de vie, l'état de santé perçu et les autres données reportées par le client. Cela permettra de mieux comprendre les facteurs influençant la disruption occupationnelle de ces personnes, et ensuite de mieux ajuster les pratiques ergothérapeutiques avec cette population.

## Remerciements

Les auteurs remercient le Dr Emmanuelle Lorisson.

## Références bibliographiques

American Cancer Society. (2019). *Managing Cancer as a Chronic Illness*. <https://www.cancer.org/>

Braveman, B. (2020). Applying the Occupational Therapy Practice Framework With Cancer Survivors. In B. Braveman, & R. Newman, *Cancer and Occupational Therapy: enabling performance and participation across the lifespan* (pp. 23-41). AOTA.

Carswell, A., McColl, M. A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: A research and clinical literature review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 210-222.

Desrosiers, J. (2005). Muriel Driver Memorial Lecture. Participation and occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(4), 195-204. <https://doi.org/10.1177/000841740507200401>

Elskamp, A. B. M., Hartholt, K. A., Patka, P., Van Beeck, E. F., & Van Der Cammen, T. J. M. (2012). Why older people refuse to participate in falls prevention trials: A qualitative study. *Experimental Gerontology*, 47, 342-345.

Engels, C., Bairet, R., Canouï-Poitrine, F., & Laurent, M. (2021). Leisure and Productivity in Older Adults with Cancer: A Systematic Review. *Occupational Therapy International*. <https://doi.org/10.1155/2021/8886193>

Enemark Larsen, A., & Carlsson, G. (2012). Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an admission and outcome measure interdisciplinary community-based geriatric rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 19*, 204-213.

Gotay, C. C., Kawamoto, C. T., Bottomley, A., & Efficace, F. (2008). The prognostic significance of patient-reported outcomes in cancer clinical trials. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology, 26*(8), 1355-1363. <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.13.3439>

Kaur, N., Figueiredo, S., Bouchard, V., Moriello, C., & Mayo, N. (2017). Where have all the pilot studies gone? A follow-up on 30 years of pilot studies in Clinical Rehabilitation. *Clinical Rehabilitation, 31*(9), 1238-1248.

Kotronoulas, G., Kearney, N., Maguire, R., Harrow, A., Di Domenico, D., Croy, S., & MacGillivray, S. (2014). What is the value of the routine use of patient-reported outcome measures toward improvement of patient outcomes, processes of care, and health service outcomes in cancer care? A systematic review of controlled trials. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology, 32*(14), 1480-1501. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.53.5948>

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., Ann, M. M., Polotajko, H., & Pollock, N. (2014). *MCRO. La mesure canadienne du rendement occupationnel*. CAOT Publications ACE.

Lindahl-Jacobsen, L., Hansen, D. G., Wæhrens, E. E., La Cour, K., & Søndergaard, J. (2015). Performance of activities of daily living among hospitalized cancer patients. *Scandinavian journal of occupational therapy, 22*(2), 137-146.

Lyons, K. D., Lambert, L. A., Balan, S., Hegel, M. T., & et Bartels, S. (2013). Changes in Activity Levels of Older Adult Cancer Survivors. *OTJR: Occupation, Participation and Health, 33*(1), 31-39.

Lyons, K. D., Newman, R. M., Kaufman, P. A., Bruce, M. L., Stearns, D. M., Lansigan, F., Chamberlin, M., Bartels, S., Whipple, J., & Hegel, M. T. (2018). Goal Attainment and Goal Adjustment of Older Adults During Person-Directed Cancer Rehabilitation. *The American journal of occupational therapy, 72*(2), 7202205110p7202205111–7202205110p7202205118.

McHenry, J. C., Insel, K. C., Einstein, G. O., Vidrine, A. N., Koerner, K. M., & Morrow, D. G. (2015). Recruitment of Older Adults: Success May Be in the Details. *Gerontologist, 55*(5), 845-853.

Nizzero, A., Cote, P., & Cramm, H. (2017). Occupational disruption: A scoping review. *Journal of Occupational Science, 24*(2), 114-127. <https://doi.org/10.1080/14427591.2017.1306791>

Nummela, O., Sulander, T., Helakorpi, S., Haapola, I., Uutela, A., Heinonen, H., Valve, R., & Fogelholm, M. (2011). Register-based data indicated nonparticipation bias in a health study among aging people. *Journal of Clinical Epidemiology, 64*, 1418-1425.

Pergolotti, M., Cutchin, M. P., & Muss, H. B. (2015). Predicting participation in meaningful activity for older adults with cancer. *Quality of Life Research, 24*(5), 1217-1222. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0849-7>

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

Pilleron, S., Sarfati, D., Janssen-Heijnen, M., Vignat, J., Ferlay, J., Bray, F., & Soerjomataram, I. (2019). Global cancer incidence in older adults, 2012 and 2035: A population-based study. *International Journal of Cancer, 144*(1), 49-58. <https://doi.org/10.1002/ijc.31664>

Rogers, A., Harris, T., Victor, C., Woodcock, A., Limb, E., Kerry, S., Lliffe, S., Whincup, P., Ekelund, U., Beighton, C., Ussher, M., Adams, F., & Cook, D. G. (2014). Which older people decline participation in a primary care trial of physical activity and why: insights from

a mixed methods approach. *BMC Geriatrics*, 14(46), <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-46>.

Townsend, E., & Polatajko, H. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, and Justice Through Occupation* (2<sup>nd</sup> éd.). CAOT Publications ACE.

Van Nieuwenhuizen, A. J., Buffart, L. M., Van Uden-Kraan, C. F., Van der Velden, L.-A., Lacko, M., Brug, J., Renée, L. C., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2018). Patient-reported physical activity and the association with health-related quality of life in head and neck cancer survivors. *Support care cancer*, 26(4), 1087-1095.

Wallis, A., Meredith, P., & Stanley, M. (2020). Cancer care and occupational therapy: A scoping review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 67, 172-194.

Wenkstetten-Holub, A., Fangmeyer-Binder, M., & Fasching, P. (2020). Prevalence of comorbidities in elderly cancer patients. *Memo*.

Whiteford, G. (2003). Occupational deprivation: understanding limited participation. In C. H. Christiansen, & E. A. Townsend (Eds.), *Introduction to occupation: the art and science of living: new multidisciplinary perspectives for understanding human occupation as a central feature of individual experience and social organization* (2<sup>nd</sup> éd., p. 303-328). Pearson.